Placenta praevia

und ihre

Behandlung nach Braxton-Hicks.

■ ■ ■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

L. Kupermann
aus Nicolajeff.

ACAD. LUDWIG MAX. BIBL.

■ ■ ■

München 1913
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität zu München.

Referent: Herr Geheimrat Prof. Dr. Döderlein.

Meinen Eltern gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548312_0007

Das Vorliegen des Mutterkuchens gilt immer als eine der unangenehmsten und gefährlichsten Geburtskomplikationen. Kein Wunder daher, daß die Bestrebungen, wie dem Ereignis am sichersten für Mutter und Kind zu begegnen sei, mannigfach gewesen sind und es noch sind. Am günstigsten ist es, wenn das Beckenende vorausgeht, weil dann durch Herabholen und Anziehen eines Fußes die Blutung leicht zum Stehen gebracht wird. In dieser Erkenntnis hat die frühzeitige kombinierte Wendung mit Anziehen eines Fußes viele Anhänger gefunden. Es ist dies ohne Zweifel ein vorzügliches Verfahren und dem geübten Geburtshelfer wird es so allemal gelingen, die Kreißende vor zu starkem Blutverlust zu bewahren, vorausgesetzt, daß er früh zur Stelle ist.

Placenta praevia, Entstehung.

Man bezeichnet als Placenta praevia bekanntlich diejenige Art der Anheftung des Mutterkuchens, bei welcher er ganz oder teilweise die Oeffnung des inneren Muttermundes deckt. Unter der Bezeichnung Placenta praevia centralis sind die Fälle genannt, bei welchen der untersuchende Finger im Bereich des Muttermundes nur auf Placentargewebe stieß und in der, für zwei Finger passierbaren Oeffnung des Muttermundes nirgends Eihäute zu erreichen waren. Unter Placenta praevia lateralis versteht man diejenige Form der Praevia, wenn der Muttermund von einem Placentarlappen ganz oder zum Teil bedeckt war, wo aber immer die Eihautwände sich erreichen ließen und deshalb bei kombinierter Wendung von einer Durchbohrung der Placenta nach Hofmeier'scher Angabe abgesehen werden konnte. Man spricht von einer Placenta praevia marginalis, wenn sie nur mit ihrem Rande gerade noch in das Gebiet des inneren Muttermundes hereinragt.

Seit zwei Jahrhunderten war die Ansicht Portal's und seiner Schüler geltend, daß Placenta praevia durch Entwicklung des Eies in der Nähe des inneren Muttermundes zustande kommt, bis Hofmeier 1887 hierfür eine andere Deutung gab. Nach seiner Theorie entwickelt sich ein großer Teil der Chorionzotten im Bereiche der Reflexa des unteren Eipols weiter, während es normalerweise stets zur Rückbildung der Chorionzotten in der

Dezidua reflexa kommt und sich die Wucherung dieser Zotten auf die Serotina beschränkt.

Kaltenbach versucht die Entstehung der Praevia 1. durch die mangelhafte Ernährung des Eies bei zu kleiner Haftstelle der Placenta und

2. durch die mangelhafte Ernährung der Chorionzotten infolge von Endometritis zu erklären.

Bei der Endometritis wuchert zwar die Serotina, jedoch verbraucht dieses entzündete Gewebe für sich selbst bedeutend mehr Nährstoffe, sodaß für die Chorionzotten nicht genügend Nahrung in der Serotina zurückbleibt, und diese daher auf die Reflexa übergreifen müssen, um hinreichend ernährt zu werden. Ebenso soll nach seiner und anderer Autoren Ansicht ein im Anfange der Schwangerschaft bestehendes Uteruscarcinom, bei dem natürlich secundär ein Reiz und eine Entzündung durch Endometritis ausgelöst wird, die Entstehung einer Praevia erleichtern.

Otto v. Herff ist der Ansicht, daß sich eine Praevia aus einer wandständigen Einnistung des Eies entwickelt durch

I. Nestbildung in der nächsten Nachbarschaft des innern Muttermundes: Primäre Praeviabildung.

II. Ungewöhnlich große Placentaranlage bei höher gelegenem Sitze des Eies: Secundäre Praeviabildung.

Aus diesen beiden örtlichen Verhältnissen kann sich ein Placentarabschnitt, der den Muttermund überdacht, nur ausbilden durch:

1. Bildung einer Reflexa, die sich späterhin mit der Vera in irgend einer Weise verbindet; Praeviabildung aus einer Reflexaplacenta.

2. Durch Auswachsen und Auswalzen der Vera am Schlußringe: Praeviabildung aus der gewöhnlichen Wachstumsrichtung innerhalb der Vera.

In Betreff der Bildung der Praevia aus einer angelegten Reflexaplacenta kommt er zu dem Schlusse, daß sie sich insbesondere mechanisch nur befriedigend erklären läßt, wenn man bei einem fortschreitenden Veröden der Zottenanlage auf der Reflexa gleichzeitig ein Weiterwachsen der Placentaranlage in die Vera hinein bis zum inneren Muttermunde herab oder um diesen herum annimmt.

Es würde mich zu weit führen, hier verschiedene Theorien beizubringen (Spiegelberg, Müller, Ahlfeld, Le-Page, Jacquemeier, Schatz, Berry, Hart, Barnes und andere; doch will ich aber die Erklärung von Duncan bringen, die am passendsten erscheint. Schon während der Schwangerschaft, besonders aber zu Beginn und während der Geburt immer stärker werdende Dehnung des unteren Uterinsegments als Ursache der Placentarlösung ansieht, indem die nur wenig ela-

stische Masse der Placenta der starken Dehnung ihrer Insertionsstelle allmählich nicht mehr zu folgen imstande wäre und dadurch zur Ablösung käme. In diesem Falle wäre der Mechanismus der Placentarlösung bei Placenta praevia gerade umgekehrt, wie bei normalem Sitz. Beim letzten kommt ja die Ablösung nach ziemlich allgemeiner Annahme infolge der durch die Kontraktion des Uterus bewirkten Verkleinerung der Haftfläche zustande; bei Placenta praevia wäre es dann umgekehrt: die durch die Dehnung bewirkte Vergrößerung der Insertionsstelle, welche die Lösung zur Folge hat. Durch diese Loslösung des Mutterkuchens werden notwendigerweise mütterliche Gefäße und Bluträume eröffnet und damit sind die Bedingungen für die Blutung gegeben.

Die Blutungsquellen bei Placenta praevia.

Was die Blutungsquelle bei Placenta anbetrifft, so sind zahlreiche Theorien im Laufe der Jahrhunderte aufgestellt worden, die diese Vorkommnisse mehr oder minder befriedigend erklären sollten.

Giffard, Portal, Friderici betonten als Ursache der Blutungen die Eröffnung der Cervix und das dadurch bedingte Einreißen des venösen Uteroplacentarsinus.

Levrêt meint: „Le col se trouvant de poin d'insertion du placenta, et prenant dans les derniers mois de la grossesse, par un développement de la cavité uterine, le placenta se trouve tiraillé, décollé d'ou les premières hémorragies, hemorragies qui se renouvellent fatalement pour employer le mot classique „inévitablement", au moment de travail par suite de l'ouverture et de la dilatation du col, cette dernière hémorragie étant d'autant plus considérable, qu'une partie plus notable du placenta recouvrira cet orifice."

Diese Lehre besonders unterstützt von Brunner, Brand, Smellie, Leroux, beherrschte die Geburtshilfe, bis Stoltz nachwies, daß der Cervix sich nicht immer öffnet und dennoch Blutungen eintreten.

Jacquemeier hat die Theorie aufgestellt, daß in den letzten Monaten der Schwangerschaft die schon fertig gebildete Placenta sich dem weiter entwickelnden unteren Uterusteil nicht anpassen kann.

Depaul hat in dieser Theorie noch speziell hervorgehoben, daß das Wachstum im unteren Uterinteile sehr unregelmäßig ist: „Si la région antérieure, le plus souvent prend une amplitude considérable, n'oublions pas, que les parties latérales et postérieures participent à ces changements si au contraire le placenta est venu se greffer sur le segment inférieur, presque entièrement constitué par cette partie de l'uterus qui participera à

l'amplitude générale de l'organe, il ne pourra suivre le développement des parois, de la séparation entre le tissu placentaire et le tissu uterin, ' rupture des vaisseaux utero — placentaire et hémorragie.

Pinard (1886) dachte sich das Zustandekommen der Blutungen in folgender Weise: „Le Chorion est très solidement adhérent au placenta; lorsque l'insertion se fait dans ce ségment supérieure ou dans le segment moyen, la portion des membranes qui correspond à l'orifice uterine est assez éloignée du placenta en sorte que s'il se produisent des tiraillements en ce point, ils se repartissent sur une grande étendue des membranes. Tandis que, s'il y a insertion vicieuse, la portion des membranes qui s' étend de l'orifice utérine au placenta n'a que quelques centimétres de longueur, alors ils peuvent arriver deux choses ou la pression intra — amniotique triomphe des membranes et celles — ci se rompent; ou le chorion s'étend très resistant ne déchire pas et comme il est fortement arhérent au placenta, il entraine celui-ci et par conséquence le décolle."

Es sind noch viele andere Theorien aufgestellt worden. In Deutschland hat man s. Z. mit Bayer angenommen als Ursache der Blutungen in den letzten drei Monaten der Schwangerschaft die Bildung des unteren Uterinsegments aus den supravaginalen Teile der Cervix.

Es scheint doch am richtigsten die schon erwähnte Lehre von Duncan zu sein, daß bei der, durch die Vergrößerung der Insertionsstelle bedingte Loslösung des Mutterkuchens mütterliche Gefäße und Bluträume eröffnet werden, womit Bedingungen für die Blutung gegeben sind.

Was aber eine post-partum Blutung anbetrifft, so stammt sie in erster Linie aus den zerrissenen mütterlichen Gefäßen des Istmus und des oberen Teiles der Cervix. Durch die Zerreißung der an dieser Stelle besonders reichlich entwickelten Gefäßen während der Geburt kommt es zur Blutung, die infolge der mangelnden Kontraktion der Istmuswand nicht leicht spontan steht. Je mehr der Istmus bei der Aufstoßung der Frucht gedehnt wird, umso ungünstiger sind die Chancen für die spontane Blutstillung in den Istmusgefäßen.

Behandlungsmethoden bei Placenta praevia.

In der vorliegenden Arbeit will ich einen kurzen, zum Teil historischen Ueberblick der Behandlung der Placenta praevia machen.

Accouchement forcé.

Ambrois Paré hat die innere Wendung auf dem Fuß angegeben. Die Hebamme Louise Bourgeois gab den Rat, die Placenta zurückzudrücken, die Blase zu sprengen und auf die Füße zu wenden. Aehnlich verfuhren Mauriceau und nach

ihm zahlreiche andere Geburtshelfer. Ich erwähne aus den verschiedenen Zeitepochen Deventer, Levret, Smellie, Rigby, Deleurye, Wegelin, Osiander, Baudeloque, Stein, d'Autrepont, Schneemann, Jorg, Scanzoni, Hohl, Spiegelberg und andere.

So führte das Streben, die gefahrvolle Situation der Gebärenden durch eine rasche Entbindung zu beseitigen, zum accouchement forcé, das Jahrhunderte hindurch die souveräne Entbindungsmethode bei placenta praevia darstellte und sich in wechselnden Formen bis zur jüngsten Zeit erhalten hat.

Ver- Es sind auch andere Verfahren angewandt worden, die jetzt n. nur ein historisches Interesse haben. Simpson beobachtete, daß bei dem vorliegenden Mutterkuchen, wenn er vor der Geburt des Kindes gelöst wurde, die Blutung stand. Außer Simpson hatten Radford, West, Waller und Große dieses Verfahren unterstützt. Jedenfalls ist die Blutstillung mit dieser eigenartigen Methode eine zweifelhafte, die Gefahr für das kindliche Leben eine enorm hohe. Diese Operationsmethode sollte bei engem Muttermund das Accouchement forcé ersetzen.

Bunsen suchte die dem Muttermund zunächst liegenden Verbindungen durch Umfahren der inneren Seite des Orificium uteri mit den Fingerspitzen zu zerreißen.

Zeitfuchs löste die Nachgeburt teilweise ab und leitete den vorliegenden großen Kindesteil in den Beckeneingang um ihn als Tampon zu benützen.

Credé hat den Muttermund digital dilatiert, und den Teil der Placenta, welcher sich bei spontanem Geburtsverlauf allmählich von den unteren Uterinsegment trennen würde, abgelöst. Der nun eintretende Kopf oder Steiß soll dann von innen her als Tampon wirken.

Cohen versuchte die Placenta praevia centralis durch eine Ablösung des kleineren Lappens in eine lateralis umzuwandeln.

Barnes hat die Placenta rings herum im Bereich des ganzen unteren Uterinsegments abgelöst.

Seyfert löste die in der Umgebung des Muttermundes haftende Partie der Placenta und wandte hierauf eine kalte Uterusdusche an.

Cohnstein hat die abgelöste Partie der Placenta mit Collodium bepinselt.

Plouquet, Trehen und andere suchten die Blutung durch die Kompression der Aorta zu stillen.

Sigwart und Hoehne bedienten sich dazu des Momburg'schen Gummischlauches.

on- Eine sehr alte, aber noch heute geübte Methode von Blasen- ng. sprengungen ist von der Hebamme Justine Siegesmundin angegeben. Mauriceau hat diese Methode warm empfohlen. Wie jede Methode hat auch diese Gegner gehabt. Ich will hier De-

leurye, Baudeloque, Justi, Burus erwähnen. Gelingt es aber nicht durch diese Methode Blutstillung zu erzielen, so ist die darauf folgende Wendung sehr erschwert.

Tamponade. Die Tamponade hat eine ganze Umwälzung in der Behandlung der Placenta praevia gemacht. Die Einführung der Tamponade ist mit dem Namen Leroux geknüpft. In Deutschland empfahl die Tamponade als erster Bernstein, doch hat man zu dieser Methode nicht viel Vertrauen gehabt, und erst Wigand gelang es, den Tampon in Deutschland einzuführen. Seine Resultate waren glänzend: Er verlor weder Mutter noch Kind. Zu den Anhängern der erwähnten Methode zählen sich Ritgen, Busch, Burns, Kilian, Nägele, Barbieri, Lumpe, Chiari, Braun, Späth, Bailly und viele andere.

Der Streit zwischen den Freunden und Gegnern der Tamponade ist immer ein großer gewesen. Auch mit der Einführung der Anti- und Asepsis hat er sich fortgesetzt. Ich werde hier nicht ausführlich über diese Behandlungsmethode sprechen, will aber als Beispiel bringen, daß die Mortalität der in den Jahren 1884—1890 in der Münchner Frauenklinik tamponierten Frauen 25,9 Prozent betrug und damit hervorheben, daß, obwohl jetzt unter den günstigsten Kautelen der Anti- und Asepsis gearbeitet wird, die Tamponade trotzdem ein sehr bedenkliches Mittel in der Behandlung der Placenta praevia bleibt. Wenn wir auch sterile Jodoformgase als Tamponmaterial gebrauchen, durfen wir nicht vergessen, daß die Gefahr der Einschleppung von bakteriendurchtränkten Scheidensecret eine zu große ist, und damit Sepsis hervorrufen kann. Als Gegensatz will ich hier bemerken, daß bei der Methode von Braxton-Hicks eine natürliche Tamponade erzielt wird, die vollständig keimfrei ist.

Hystreuryse. Schauta gebührt das Verdienst, die Hystreuryse in die Therapie eingeführt zu haben. Die Technik der Hystreuryse hat im Laufe der Zeit manche Modifikationen erfahren. An Stelle des elastischen Braun'schen Kolpeurynters konstruierte Champetier de Ribes einen undurchlässigen und nicht dehnbaren kegelförmigen Hystreurynter. Unter den Arbeiten, welche die Behandlung der Placenta praevia mit dem Ballon von Champetier de Ribes zum Gegenstand haben, erwähne ich nur die von Pagny, Welte, der die günstigsten Resultate Pinards mitteilt. In Deutschland hat diese Behandlungsmethode Dührsen eingeführt. Auch Füth, Holst, Küstner, Bumm, Plaut, Ahlfeld und andere haben diese Methode warm empfohlen.

Chirurgische Behandlung. In neuester Zeit wird immer über die chirurgische Behandlung der Placenta previa debattiert. Die verschiedenen Formen der Sectio Caesarea, der Vaginale, der klassische und der extraperitoneale Kaiserschnitt sind bei der Placenta praevia in Ver-

wendung gekommen. Durch amerikanische Aerzte wurde die operative Aera in der Therapie der Placenta praevia eingeführt. Miller, Condon, Briggs, Muran, King, Davis, Zinke, Donoghue, Noble, Dorman und andere finden die Sectio bei Erstgebärenden mit Placenta praevia centralis, starker Blutung und engem, rigidem Cervikalkanal angezeigt. Auch in Italien hat diese Methode Anklang gefunden (Pasquali, Omboni, Mattoli, Caruso).

Krönig, Bumm, Dührsen, Henkel berichten über Fälle von Placenta praevia, wo die chirurgische Behandlung stattgefunden hat.

Ueber günstige Erfolge mit der Sectio Caesarea vaginalis berichten Büttner und Döderlein.

Es würde mich zu weit führen, hier ausführlich über die Wandlungen in der chirurgischen Aera bei Placenta praevia zu sprechen. Ich will nur bemerken, daß man noch zu wenig Material besitzt, um definitiv zu beantworten, ob die operative Behandlung bei Placenta praevia günstigste Resultate für Mutter und Kind aufweist, und nur die Zeit wird zeigen, ob man sich auf dem richtigen Pfade oder auf einem Irrwege befindet.

Methode nach Braxton-Hicks.

Noch im Jahre 1816 hatte Hamilton bei zwei Schwangeren mit Placenta praevia ein der combinierten Wendung vollkommen ähnliches Verfahren eingeleitet, wobei beide Frauen am Leben geblieben sind. Dieses Verfahren wurde bald ganz vergessen und erst im Jahre 1861 von Braxton-Hicks angegeben. Das Verfahren hat aber in erster Zeit nicht sehr großen Erfolg gehabt.

1868, also 7 Jahre später, wurde von Kuhn „über die Vorteile der combinierten Wendungsmethode nach Braxton-Hicks bei Placenta praevia“ geschrieben. Er teilt einen für die Mutter glücklich verlaufenen Fall von Placenta praevia totalis mit, bei dem die Austreibung des Kindes bis zur Lösung von Armen und Kopf völlig der Natur überlassen wurde.

1872 berichtete Faßbender über vier durch combinierte Wendung behandelte Fälle und betont, daß „wiederholte Versuche bei der combinierten Wendung bisweilen erst zum Ziele führen.“

1876 wurden von A. Martin auf der Naturforscher-Versammlung in Hamburg die Vorteile der combinierten Wendung besonders rühmend hervorgehoben, und die Methode namentlich bei Placenta praevia als sehr schonend anempfohlen.

1878 hebt Kaltenbach hervor, daß die combinierte Wendung nach Braxton-Hicks noch nicht die gebührende Würdigung in der Praxis gefunden, und führt des weiteren aus,

daß namentlich die technischen Schwierigkeiten überschätzt wurden, während sie doch gerade bei Placenta praevia, wo die Methode am meisten leistet, verschwindend klein sind.

1881 wurde die Methode nach Braxton-Hicks auf Grund theoretischer Erörterungen empfohlen.

1882 hat Hofmeier seine ersten, durch die Methode von Braxton-Hicks erzielten, Resultate publiziert.

Braxton-Hicks bespricht ausführlich seinen Standpunkt in der Behandlung der Placenta praevia und faßt sich folgendermaßen zusammen:

1. Nach Sicherung der Diagnose ist die Gravität so früh als möglich zu beenden.

2. Sobald der Arzt zu handeln begonnen hat, darf er die Patientin nicht mehr verlassen.

3. Bei völlig erweitertem Muttermund und bei Placenta praevia marginalis soll die Blase gesprengt werden, um den Kopf eintreten zu lassen. Verzögert sich der Eintritt, so wird zur Zange gegriffen, oder gewendet werden müssen.

4. Bei engem Orificium und höheren Grade von Placenta praevia kann ein Versuch von Blutstillung durch Ablösen des Placentarlappens gemacht werden. Blutet es nicht, so kann ein bis zwei Stunden auf Eröffnung des Muttermundes gewartet werden, tritt sie nicht ein, so muß eventl. mit Dilatatorien operiert werden. Die Zange will Braxton-Hicks gelegentlich zugeben. In erster Linie empfiehlt er die combinierte Wendung auf den Fuß mit spontaner Geburt unter „gentle assistance".

5. Bei engem Muttermund ist die kombinierte Wendung mit spontaner Austreibung auszuführen.

6. In Fällen von schwerer Blutung ist die letzte Methode immer anzuwenden.

7. Bei totem Kind (vor Ende des 7. Monats) ist das Ende der Geburt ganz der Natur überlassen.

Die Technik der Methode. Das Verfahren besteht darin, daß man in den für zwei Finger durchgehenden Muttermund mit zwei Fingern in den Uterus eingeht, mittels dieser und der äußeren Hand die Wendung ausgeführt, mit den inneren Fingern einen Fuß ergreift und diesen herabholt. Liegt nur Placentargewebe vor, so sucht man an der Seite des inneren Lappens vorzudringen, und so die Eihäute zu erreichen. Gelingt auch dies wie bei Placenta praevia centralis nicht, so durchbohrt man die Placenta mit einem Finger und sucht so den Fuß zu fassen. Es bedeutet eine hohe Gefährdung des Kindes, doch müssen wir in erster Linie das Wohl der Mutter im Auge behalten, zumal die Erhaltung des kindlichen Lebens bei diesen Fällen von vornherein sehr zweifelhaft ist. Die Blutung wird durch den her-

abgezogenen Steiß zum Stillstande gebracht, die weitere Geburt jedoch der Natur selbst überlassen.

Unter den technischen Schwierigkeiten bei Ausführung der Wendung nach Braxton-Hicks besteht eine im Herausholen des bereits erfaßten Fußes, wenn durch den engen Muttermund die beiden Finger des Operateurs plus Fuß des Kindes nicht hindurchgehen. Es gelingt dann mit einem Finger über die volare Seite des Fußes zu hacken, und zwar die Hacke in den Muttermund zu ziehen, aber die Zehen finden an dem vorderen Rande des mangelhaft eröffneten Muttermunds Widerstand, sodaß die Entwicklung des ganzen Fußes schwierig wird. Da nun die vordere Muttermundsmitte tiefer herabreicht als die hintere, so empfiehlt es sich, den Fuß stets so zu entwickeln, daß die Hacke nach vorn, die Zehen nach hinten gerichtet sind, da diese an der bereits höher abschneidenden hinteren Muttermundslippe nicht den Widerstand finden wie vorne, und der Fuß leichter in das ausgebuchtete hintere Vaginalgewölbe gleitet.

Man hat viel diskutiert, ob man der combinierten Wendung eine Extraktion anschließen soll. Wenn Schröder, Hofmeier, Obermann und einige andere Geburtshelfer eine vorsichtige und langsame Extraktion zulassen, sprechen sich Döderlein, Treub, Behm, Straßmann, Ahlfeld, Jolly, Hammerschlag und Sonnenfeld gegen die Extraktion aus.

Die combinierte Wendung ohne Extraktion hat den Vorteil, daß wir uns mittelst des kindlichen Steißes als Tamponade dienen und damit die Blutung zum Stillstehen bringen.

„Bei der combinierten Wendung nach Braxton-Hicks ist die mit vollendeter Wendung erreichte Blutstillung durch Tamponade und Kompression mittels des kindlichen Körpers eine so vollkommene, daß mit diesem Augenblick die Situation gewonnen scheint.“ (Döderlein.)

Fälle der Placenta praevia

in der Münchner Frauenklinik, in denen Behandlung nach Braxton-Hicks (ohne Extraktion) stattgefunden hat.

Fall 1:

J. N. 98. Jahr 1893.
M. T., Dienstmädchen, 22 Jahre, II para,
Schieflage, im 10. Monat.
Placenta praevia centralis.

Part. ist ein kräftig gebautes Mädchen. Als Kind hat sie Scharlach und Diphterie durchgemacht.

Erste Periode mit 17 Jahren; Dauer derselben 3—4 Tage, alle 4 Wochen. Januar 1892 Geburt eines toten Kindes. Letzte Periode 1. Juni 1892.

Den 4. Febr. hat sich eine Blutung eingestellt, wegen der Part. die Klinik aufsuchte. Dortselbst plötzlich wieder starke Blutung. Muttermund für drei Finger durchgängig; derselbe ist vollständig mit Platzentalgewebe ausgefüllt. Es wurde mit einer Hand in die Vagina eingegangen und die Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt. Nach einer Stunde spontane Geburt eines toten Kindes. Es stellt sich eine länger dauernde Nachblutung, die trotz heißen Ausspülungen, Ergotin subcutan und Massage des Uterus nicht stand. Daher Tamponade der Uterushöhle und der Vagina.

Kind: Länge 50 cm.
Gewicht 3200 gr.
Placenta: Größe 18:16.
Gewicht 450 gr.
Dicke $1^1/_2$ cm.
Gestalt oval.

Wochenbett: Ohne Nachblutung, oder sonstige Komplikationen.

Fall 2:

J. N. 20. Jahr 1896.
C. B., Taglöhnersfrau 35 Jahre, X para.
Schieflage II b im 9. Monat.
Placenta praevia centralis.

Mittelgroße, gut aussehende Frau. Stets gesund gewesen. 1. Periode mit 14 Jahren, 3—4 Tage dauernd, stets regelmäßig. Die vorausgegangenen Schwangerschaften und Geburten normal. Das Befinden in der letzten Schwangerschaft beschwerdenfrei.

Acht Tage vor der Entbindung Blutungen, die sich dreimal wiederholten. Letzte Blutung war stark und Part. wurde von der Sanitätskolonne in die Klinik transportiert.

Innere Untersuchung ergibt: Muttermund ist für 3 Finger durchgängig, vollständig von Placentargewebe ausgefüllt. Bei der Untersuchung geringe Blutung. Nach der Vorbereitung (Narkose usw.) Durchbohrung der vorliegenden Placenta und Ausführung der combinierten Wendung. In einer Stunde spontane Geburt eines toten Kindes. Kurz darauf starke Blutung. Expression der Placenta nach Credé. Zwei Ergotinspritzen, Kochsalzklysma. Puerpera erholt sich langsam.

Kind: Länge 47 cm.
Gewicht 2200 gr.
Placenta: Gewicht 660 gr.
Größe 25:18.
Dicke 2 cm.

Gestalt oval.
Gewebe gemischtlappig.

Das Wochenbett während der ersten 14 Tage fieberhaft. Fundus uteri und linkes Parametrium stark druckempfindlich. Nach 14 Tagen gesund entlassen.

Fall 3:

J. N. 296. Jahr 1897.

R. W., Fabrikarbeitersfrau, 23 Jahre, IV para.
Schieflage, im 9. Monat.
Placenta praevia centralis.

Part. ist ziemlich kräftig gebaut, soll früher nicht krank gewesen sein.

Menses mit 13 Jahren, 4—5 Tage, alle 4 Wochen ohne Schmerzen.

Die zwei vorausgegangenen Geburten normal, bei dritter Frühgeburt im 6. Monat. Die letzte Periode Mitte August. Die Schwangerschaft verläuft o. B.

Die Untersuchung ergibt: Die Herztöne in der rechten Nabelspinallinie hörbar. Aus der Vagina werden 5 Tampons herausgeholt, welche wegen einer geringen (kurz vorher und draußen) Blutung eingeführt worden waren.

Innere Untersuchung: Muttermund für 2 Finger durchgängig; im ganzen Umkreis des Muttermundes fühlt man nur Placentamaßen. Da die Blutung erheblicher wird, wird nach Entleerung des Darmes und der Blase mit der rechten Hand in die Vagina eingegangen und mit zwei Fingern die Placenta durchbohrt. Dabei zeigt sich, daß der Kopf vorliegt. Derselbe wird aus dem Beckeneingang noch tiefer vorgeschoben, der Steiß mit der linken Hand entgegengedrückt und der linke Fuß herabgeholt. Nachdem der Fuß möglichst angezogen wird, steht die Blutung vollständig. Um 8 Uhr stellen sich Wehen ein, die eine Stunde dauern, worauf die Entwicklung des Rumpfes folgte. Da der Uterus etwas über Nabelhöhe steht, werden die Arme gelöst und der Kopf nach Martin-Wigand entwickelt. Keine Blutung. Damm intakt. Um 9 Uhr 50 Min. spontane Geburt der Placenta. Uterus gut kontrahiert. Keine Nachblutung.

Kind: Länge 46 cm.
Gewicht 1600 gr.
Das Kind ist kurz nach der Wendung gestorben.

Placenta: Gewicht 400 gr.
Größe 16:14.
Dicke $1^1/_2$ cm.
Gestalt oval.
Gewebe großlappig.

Wochenbett verläuft normal.

Fall 4:

J. N. 694. Jahr 1897.
B. L., Kellnerin, 35 Jahre, V para.
II. Schädellage im 9. Monat.
Placenta praevia centralis.

Part. ist eine kräftige Frau, hat Masern und Scharlach durchgemacht. Menses mit 16 Jahren. Die vorausgegangenen Geburten alle normal. Letzte Periode anfangs Dezember.

Vor drei Wochen schwache Blutung. Drei Tage vor der Geburt des Kindes zweimalige Tamponade wegen starker Blutung. Sonst ist die letzte Schwangerschaft gut verlaufen.

Die Untersuchung ergibt: Der Muttermund für 2 Finger gut durchgängig, vollständig mit Placentargewebe gefüllt. Im Laufe des Tages wird kreißende zweimal kathetrisiert. Um 10 Uhr 50 Min. wird die Tamponade entfernt: Die Blutung existiert noch immer, es kommt außerdem noch ein Blutabgang von ca. 300 gr. Es wird nun in Narkose mit der ganzen Hand eingegangen, die vorliegende Placenta durchbohrt. Der rechte Fuß wird ergriffen und vor die Vulva angezogen, also eine erste und vollkommene Fußlage hergestellt. Im Laufe der Nacht stellten sich wiederholt Wehen ein, doch erfolgte der Partus um 8,45 Uhr nächsten Tages: maceriertes Kind 1°. Um 9,45 Uhr wird die Placenta mittels Credé exprimiert. Keine Blutung.

Kind: Länge 51 cm.
Gewicht 2500 gr.
Placenta: Gewicht 540 gr.
Größe 16:16.
Dicke 2 cm.
Gestalt rund.
Gewebe großlappig.

Wochenbett: in ersten 14 Tagen hohes Fieber, das nach täglichen Lysolausspülungen des Uterus allmählich zurückging.

Fall 5:

J. N. 653. Jahr 1898.
M. Sch., Taglöhnerin, 38 Jahre, X para.
Schieflage II a.
Placenta praevia lateral. sinistra.

Part. ist eine kräftige Frau, hat Masern überstanden, soll sonst gesund gewesen sein. Die ersten Geburten verliefen normal. Erste Periode mit 14 Jahren, regelmäßig. Anfangs der letzten Schwangerschaft Erbrechen, sonst keine Störungen. 1 Uhr a. m. Untersuchung ergibt: Muttermund für 1 Finger durchgängig, man fühlt Placentargewebe.

3 Uhr 20 a. m. ziemlich starke Blutung. Heiße Ausspülung, Muttermund für 2 Finger durchgängig, mit schwammi-

gem Placentargewebe verwachsen. Bei der Untersuchung stellt sich wieder eine Blutung ein, es wird eine Tamponade der Scheide vorgenommen. Im Laufe des Tages und der Nacht keine Blutung. Um 7 Uhr 15 wurden die Tampons, die in der Nacht vorher eingelegt wurden, entfernt, worauf eine ziemlich starke Blutung eintrat, die durch eine erneute Tamponade nicht gestillt werden konnte. Die Tampons wurden sofort entfernt und die combinierte Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt, worauf die Blutung sofort aufhörte. Nach einer Stunde werden die kindlichen Herztöne nicht mehr gehört. Um 8 Uhr 15 mit einer kräftigen Wehe der Steiß geboren. Da nach Ablauf von 2 Stunden die Geburt nicht vorwärts kommt, werden die Arme gelöst und mit nächster Wehe der Kopf nach Martin-Wigand entwickelt. Placenta folgt spontan kurz darauf.

Kind: Länge 51 cm.
Gewicht 2900 gr.
Placenta: Gewicht 700 gr.
Größe 21:16.
Dicke $1^1/_2$ cm.
Gestalt oval.
Gewebe gemischtlappig.

Wochenbett verläuft fieberfrei. Es hat sich eine kurzdauernde Blutung eingestellt. Nach 10 Tagen wird die Frau gesund entlassen.

Fall 6:

J. N. 1104. Jahr 1898.
J. K., Kutschersfrau, 35 Jahre, III para.
Placenta praevia lateralis.

Part. ist sehr groß, paniculus adiposus stark entwickelt. Im 6. Lebensjahr Lungenentzündung. Menses zum erstenmal mit $12^1/_2$ Jahren, alle 4 Wochen, 4 - 5 Tage dauernd, ohne Beschwerden. Die vorausgegangenen Schwangerschaften und Geburten normal. Erste Periode nach der zweiten Geburt sehr blutreich. In der letzten Schwangerschaft öftere Uebelkeit, sonst keine Beschwerden. Letzte Periode 25. März.

Bei Beginn der Geburt stellt sich eine Blutung ein. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Von links her ragt ein Lappen der Placenta in den Muttermund hinein. Es wird mit der Hand in die Vagina eingegangen und die indirekte kombinierte Wendung ausgeführt. Der heruntergeholte linke Fuß wird angeschlungen und mit einem Pfund-Gewicht beschwert. Nach fünf Stunden werden die kindlichen Herztöne unhörbar, da der Muttermund fast ganz erweitert ist, wird die Extraktion ausgeführt. Das Kind aspiriert beim Passieren ziemlich viel Blut und wird deshalb II. Grades asphyktisch geboren. Trotz $1^1/_2$ stündiger Wiederbelebungsversuche konnte es nicht zum Atmen gebracht

werden, da sämtliche Luftwege mit Blut erfüllt waren. Placenta wird manuell gelöst.

Kind: Länge 52 cm.
Gewicht 2750 gr.
Placenta: Gewicht 500 gr.
Größe 19:13.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe kleinlappig.
Wochenbett verläuft ohne Komplikationen.

Fall 7:

J. N. 1155. Jahr 1898.
B. D., Fabrikarbeiterin, 24 Jahre, III para.
I. Schädellage im 10. Monat.
Placenta praevia lateralis.

Part. gut gebaut. Als Kind Scharlach, Masern, Drüsenschwellung. 1. Regel mit 18 Jahren, 3—4 Tage, alle 4 Wochen. Die beiden vorausgegangenen Schwangerschaften normal. Auch die letzte Schwangerschaft verläuft gut. Ab 15. Okt. stellen sich unregelmäßige Blutungen ein, die am 5. Dezbr. stark wurden.

Part. ist in die Klinik wegen starker Blutung eingeliefert. Die Untersuchung ergibt: Scheide mäßig weit, Muttermund für 3 Finger durchgängig, Blase steht, vorliegender Teil Kopf. Rechts, etwas nach vorn Placentargewebe zu fühlen. 2 Finger werden durch den Muttermund geführt, der Kopf zur Seite gedrängt und der rechte Fuß herabgeholt. Während des Eingriffes geringe Blutung. Nach 2 Stunden spontane Geburt eines toten, ausgetragenen Kindes. Spontane Geburt der Placenta nach 20 Minuten.

Kind: Länge 49 cm.
Gewicht 3000 gr.
Placenta: Gewicht 600 gr.
Größe 20:13.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe kleinlappig.
Wochenbett o. B.

Fall 8:

J. N. 1215. Jahr 1898.
Schieflage I a.
Placenta praevia lateralis.

Part. kräftig gebaut. Außer einer Lungenentzündung soll sie immer gesund gewesen sein. Menses mit 19 Jahren, stark, 3—4 Tage dauernd, alle 4 Wochen ohne Schmerzen. Die vor-

ausgegangenen Schwangerschaften und Geburten normal. Auch die letzte Schwangerschaft verläuft ohne Besonderheiten.

Die Untersuchung ergibt: Scheide weit, Muttermund für 2 Finger durchgängig, Portio im Verstreichen, Blase steht. Um 11 Uhr 20 a. m. beginnen Wehen, die mit abwechselnder Stärke bis 1 Uhr a. m. dauern. 1 Uhr 20 a. m. wird die Untersuchung wiederholt, der Muttermund ist fünfmarkstückgroß und es wird Placenta praevia diagnostiziert. Bei der Untersuchung stellt sich eine Blutung ein; es wird combinierte Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt. Die Blutung hört auf. Nach 2 Stunden Geburt eines toten Mädchens in II. unvollkommener Fußlage. Wegen starker Blutung wird die Placenta nach Credé exprimiert. $1^1/_2$ Spritz. Ergotin, heiße Ausspülungen und Eisblase, sowie Massage des Uterus, worauf die Blutung aufhört und der Uterus bleibt gut kontrahiert.

Kind: Länge 50 cm.
Gewicht 2850 gr.
Placenta: Gewicht 900 gr.
Größe 22:20.
Dicke 3 cm.
Gestalt oval.
Gewebe großlappig.
Wochenbett verläuft fieberfrei.

Fall 9:

J. N., 56. Jahr 1899.
M. B., Kellnerin, 22 Jahre, II para.
II. Schädellage im 8. Monat.
Placenta praevia lateralis sinistra.

Part. soll früher immer gesund gewesen sein. 1. Periode mit 14 Jahren, 4—5 Tage dauernd, alle 4 Wochen. Erste Schwangerschaft und Geburt normal. Letzte Periode 14. bis 18. Mai. Vor 8 Tagen Blutung. Seit 20 Stunden wieder starke Blutung, Muttermund für 2 Finger bequem durchgängig, von links her ragt Placentargewebe in denselben hinein, daß es ihn fast vollständig deckt. Nach Einführung der Hand in die Scheide Wendung nach Braxton-Hicks. Nach 3 Stunden spontane Geburt des Rumpfes. Lösen der Arme. Kopf nach Martin-Wigand-Winkel. Die Placenta wird wegen der Nachblutung nach Credé exprimiert.

Kind: Länge 43,5 cm.
Gewicht 1800 gr.
Placenta: Gewicht 500 gr.
Größe 15:12.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe großlappig.
Wochenbett verläuft ungestört.

Fall 10:

J. N. 134. Jahr 1899.
M. N., Blumenmacherin, 23 Jahre, II para.
I. Schädellage im 10. Monat.
Placenta praevia lateralis.

Part. ist mittelgroß, will immer gesund gewesen sein. Mit 17 Jahren erste Menstruation, regelmäßig alle 4 Wochen, 3 bis 5 Tage dauernd, schmerzlos. Letzte Menstruation 4. Mai. Zwei Tage vor der Geburt Blutung, die auf eine heiße Ausspülung hin stand. Am folgenden Tage starke Blutung. Tamponade. Nachdem innerhalb 7 Stunden die Tamponade zweimal durchblutet, Wendung nach Broxton-Hicks außerhalb der Klinik. Bei der Aufnahme in die Klinik ragt der linke Fuß aus der Vulva hervor. Part. deliriert fortwährend. Nach 5 Stunden spontane Geburt des Rumpfes, Lösung eines Armes, Expression des Kopfes. Nachblutung. Manuelle Lösung der Placenta von einer Stelle der Uteruswand.

Kind: Länge 49 cm.
tot.
Gewicht 3100 gr.
Placenta: Gewicht 500 gr.
Größe 20:15.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe gemischtlappig.

Wochenbett: Die Wöchnerin erholt sich bald und befindet sich andauernd wohl.

Fall 11:

J. N. 177. Jahr 1899.
T. W., Schmiedsfrau, 37 Jahre, VII para.
II. Schädellage im 10. Monat.
Placenta praevia lateralis.

Part. ist mittelgroß, soll nie früher krank gewesen sein. Mit 16 Jahren erste Menstruation, alle 4 Wochen, 5 Tage dauernd, schmerzlos, alle vorausgegangenen Geburten o. B.

Vor 4 Wochen eine leichte Blutung. Tamponade. Am folgenden Tag Tamponade des Cervikalkanals mit Jodoformgase, der Scheide mit Wattetampons. Nach 12 Stunden ist die Tamponade durchblutet. Der Muttermund ist für 2 Finger durchgängig. Es wird die rechte Hand in die Scheide und 2 Finger in den Uterus eingeführt. Beim Hinaufschieben des Kopfes tritt eine starke tonische Kontraktion des Uterus ein, sodaß eine weitere Umdrehung der Frucht leicht möglich ist. Erst nach 35 Minuten nach Eingehen mit der anderen Hand gelingt es zunächst, den Fuß zu fassen und herabzuziehen. Nach zwei Stunden spontane Geburt des Rumpfes, Lösung der Arme und

des Kopfes. Da Part. ziemlich kollabiert ist, Expression der Placenta nach Credé. Kind tot.

Kind: Länge 51 cm.
Gewicht 3350 gr.
Placenta: Gewicht 500 gr.
Größe 20:15.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe großlappig.

Nach der Geburt der Placenta Blutung aus einem Vaginal- und Cervixrisse. Naht des Vaginalrisses. Tamponade des Uterus mit steriler Gaze. Uterus erschlafft bisweilen. Aussehen der Puerpera schlecht, ängstlicher Gesichtsausdruck, Nasenflügel atmen. Puls klein, hüpfend, 150 Schläge in der Minute. Temp. 37,6. Urin blutig. Tamponade ist bald durchblutet. Nachdem 75 cm Gaze nachgestopft wurden, steht die Blutung. Auf Kochsalzinfusion, Kampher, Milch, Tee usw. am folgenden Tage etwas Besserung.

Weiterer Bericht fehlt. Die Wöchnerin ist gestorben.

Fall 12:

J. N. 1085. Jahr 1899.
K. L., Turbinenführersfrau, 42 Jahre, XIX para.
I. Schädellage im 9. Monat.
Placenta praevia lateralis.

Part. ist mittelgroß, mäßigen Ernährungszustandes, stets gesund gewesen. Erste Regel mit 13 Jahren, 3 Tage dauernd, alle 4 Wochen, stark, schmerzlos. Die vorausgegangenen Schwangerschaften wie auch das Wochenbett normal.

Während der letzten Schwangerschaft öfters Blutungen. Seit 2 Tagen sehr starke Blutung. Keine Therapie. Im Blut schwimmend, fast völlig bewußtlos, ist Part. in die Klinik gebracht worden.

Der Muttermund ist für 2 Finger durchgängig, fast ganz mit Placentargewebe ausgefüllt. Nach Einführung der Hand in die Vagina Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt. Der heruntergeholte Fuß wird durch 1 kg Gewicht angezogen erhalten. Nach einer halben Stunde spontane Geburt eines toten nicht ganz ausgetragenen Kindes. Sofortige Expression der Placenta. Prophylaktische Uterus-Scheidentamponade, Kochsalzinfusion, Tee, Cognak, Kampher subcutan usw. Zeitweise Kollaps.

Nach 2 Stunden Exitus letalis.
Kind: Länge 49 cm.
Gewicht 1900 gr.
Placenta: Gewicht 250 gr.
Größe 15:10.

Dicke 1 cm.
Gestalt oval.
Gewebe kleinlappig.

Fall 13:

J. N. 587. Jahr 1900.
A. R., Zimmermannsfrau, 26 Jahre, VII para.
I. Schädellage im 10. Monat.
Placenta praevia centralis.

Part. hat keine Krankheit durchgemacht. Erste Regel mit 14 Jahren, 5—6 Tage dauernd, alle 4 Wochen, stark. Die ersten 6 Geburten verlaufen normal. Auch die letzte Schwangerschaft o. B.

Am 9. Mai starke Blutung. Tamponade. Blutung steht. Die kindlichen Herztöne sind unhörbar. Nach 2 Stunden ist die Tamponade vollständig durchblutet. Untersuchung ergibt: Muttermund fünfmarkstückgroß, vollständig mit Placentargewebe ausgefüllt. Es wird mit der linken Hand eingegangen, mit zwei Fingern die Placenta durchstoßen, der linke Fuß heruntergeholt und durch 1 kg Gewicht angezogen erhalten. Nach 2 Stunden spontane Geburt des Rumpfes. Lösung der Arme und Entwicklung des Kopfes nach Martin-Wigand-Winckel. Kind tot. 20 Minuten nach der Geburt des Kindes folgt die Placenta spontan.

Kind: Länge 53 cm.
Gewicht 3300 gr.
Placenta: Gewicht 700 gr.
Größe 23:18.
Dicke 2—3 cm.
Gestalt oval.
Gewebe großlappig.
Wochenbett ohne Fieber oder sonstige Störungen.

Fall 14:

J. N. 962 a. Jahr 1900.
M. F., Küchenmädchen, 26 Jahre, II para.
I. Schädellage im 7. Monat.
Placenta praevia marginalis.

Kräftig gebaute Part. soll nie früher krank gewesen sein. Erste Regel mit 15 Jahren, regelmäßig, alle 4 Wochen. Die erste Geburt wie auch das Wochenbett normal. Letzte Menses am 15. Febr. In der letzten Schwangerschaft oft Erbrechen und Obstipation. Wiederholte Blutung.

18 Tage vor der Geburt in der Klinik aufgenommen, täglich Tamponade mit Wattetampons. Später Colpeurynter, nach je 2 Tagen gewechselt. Nach 14 Tagen Schüttelfrost, der sich am

folgenden Tage zweimal wiederholte. Abdomen rechts, zwischen Uterus und Beckenwand leicht druckempfindlich. Uebelkeit. Zweimaliges Erbrechen. Lysolausspülung, Einlegen eines Laminariastiftes in den Cervikalkanal. Da Blutung immer fortdauert, Tamponade der Vagina mit steriler Gaze. Starkes Aufstoßen. Am folgenden Tage Entfernung der Tamponade und des fingerdick gewordenen Laminariastiftes. Colpeurynter in die Scheide. Nach 5 Stunden Metreurynther in die Uterushöhle. Vorher drei kirische Uterusduschen mit halbprozentiger Lysollösung. Trotz des Metreurynthers Blutung. Muttermund ist jetzt für 2 Finger durchgängig. Rechts ist der Rand der Placenta zu fühlen. Die Blutung dauert immer fort. Es wird mit der Hand in die Vagina eingegangen und die Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt. Der erfaßte rechte Fuß wird angezogen erhalten durch 1 kg-Gewicht. Nach 2 Stunden ist der Steiß geboren. Armlösung. Bei der Entwicklung des Kopfes Frakturierung des Unterkiefers. Expression der Placenta nach Credé. Nachblutung steht auf heißer Scheidenspülung und 2 Spritzen Ergotin.

Kind: Länge 34 cm.
Gewicht 750 gr.

Rechtes Bein zeigt zahlreiche Ecchymosen, ebenso der rechte Arm.

Placenta: Gewicht 280 gr.
Größe 18:15.
Dicke $1^1/_2$ cm.
Gestalt oval.
Gewebe großlappig.

Wochenbett: Am ersten Tage sehr schwach. Mehrere Kollapsanfälle, Schüttelfrost. Starke Druckempfindlichkeit in der linken Parametralgegend, langsamer Rückgang des Fiebers. Gesund entlassen.

Fall 15:

J. N. 927. Jahr 1901.
M. S., Dienstmädchen, 36 Jahre, V para.
Zwillinge im 9. Monat.
Der vordere Zwilling im Beckenendlage.
Der hintere Zwilling in I. Schieflage.
Placenta praevia centralis.

Part. ist mittelgroß, kräftig gebaut, soll früher immer gesund gewesen sein. Erste Regel mit 12 Jahren bis zum 16. Jahre 2 Tage, dann 4 Tage, ziemlich stark, regelmäßig alle vier Wochen. Die vorausgegangenen Schwangerschaften und Geburten verliefen normal. Die letzte Menstruation am 18. bis 21. Februar gleich stark wie immer. Das Befinden in der letzten Schwangerschaft war gut, bis vor 3 Wochen, wo Part. plötzlich eine Blutung bekam, die eine Stunde dauerte. Die Blu-

tung wiederholte sich dreimal. Bei Beginn der Geburt sehr starke Blutung; akute schwere Anämie. Muttermund für zwei Finger gut durchgängig, vollständig mit Placentargewebe ausgefüllt. Nach links hinten erreicht man oberhalb des innern Muttermundes die Eihäute. Dieselben werden mit der Kornzange eingerissen. Zeigefinger und Mittelfinger der rechten Hand schlüpfen sofort in den Riß, schieben die vorliegende Schulter des hinteren Zwillings nach links, erfassen das untere linke Bein am Knie und leiten es durch den Muttermund bis vor die Vulva. Nach 3 Stunden spontane Geburt des hinteren Zwillings. Darauf bildet sich aus der Beckenendlage des vorderen Zwillings eine I. Schieflage. Es wird nun mit der ganzen rechten Hand in den Uterus eingegangen und nach direkter combinierter Wendung der linke Fuß bis vor die Vulva gezogen. Nach kurzer Zeit spontane Geburt des zweiten Kindes. Die Placenta folgt bald spontan.

I. Zwilling: unausgetragen, ohne Herzschlag geboren, nicht belebt, linkes Bein und Länge 47,5 cm.
linkes Gesäß cyanotisch.
Gewicht 2350 gr.

II. Zwilling: unausgetragen, 1° asphyktisch, bald wieder belebt.
Länge 45 cm.
Gewicht 2100 gr.

Gemeinsame Placenta: Gewicht 700 gr.
Größe 20:17.
Dicke $1^1/_2$ cm.
Gestalt oval.
Gewebe gemischtlappig.

Wochenbett ohne Nachblutung oder Fieber.

Fall 16:

J. N. 249. Jahr 1902.
T. Sch., Bildhauersfrau, 31 Jahre, III para.
II. Schädellage im 10. Monat.
Placenta praevia marginalis.

Part. soll früher immer gesund gewesen sein. Erste Regel mit 14 Jahren, 3 4 Tage, alle 4 Wochen. Die ersten Schwangerschaften und Geburten normal. Seit der letzten Entbindung Menses alle 5 Tage sehr stark. Diesmalige Schwangerschaft ohne Beschwerden in erster Hälfte. Später bekam Part. einen lästigen „Druck nach unten" und Schmerzen in der Blasengegend. Anfang Februar leichte Blutung, anfangs März wieder Blutung, Dauer einen halben Tag, bedeutend stärker als die erste: Das Blut kam im Strahl heraus. Beidemal stand die

Blutung auf Bettruhe. In der letzten Nacht eine sehr starke Blutung. Part. wurde tamponiert und in die Klinik transportiert.

Untersuchung: Muttermund für 3 Finger durchgängig, Placenta ist nicht zu fühlen. Die rechte Hand wird in die Vagina eingeführt; 2 Finger gehen durch den Muttermund, schieben den Kopf nach rechts, während die andere Hand den Steiß der inneren Hand entgegendrängt. Nach langen Bemühen gelingt es den vorderen rechten Fuß zu erfassen und vor die Vulva zu leiten. Nach 40 Minuten spontane Geburt der Frucht. Kind 1° asphyktisch, wieder belebt. Nachblutung. Expression der Placenta nach Credé.

Kind: Länge 51 cm.
Gewicht 2840 gr.
Placenta: Gewicht 600 gr.
Größe 23:17.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe großlappig.

Wochenbett: Die erste Woche verlief das Wochenbett normal, aber am 8. Tage, ohne erkennbare Ursache Temperatursteigerung auf 39,2°, die am nächsten Tage zurückging. Im übrigen war ihr Befinden immer gut.

Fall 17:

J. N. 319. Jahr 1902.
A. G., Ausgehersfrau, 27 Jahre, II para.
II. Schädellage im 9. Monat.
Placenta praevia lateralis.

Anämisches Aussehen. An frühere Krankheiten kann sie sich nicht erinnern. Menses mit 17 Jahren, regelmäßig. Die erste Schwangerschaft und Geburt normal, letzte Menstruation am 3. Okt. Verlauf der letzten Schwangerschaft ganz normal. Vor 3 Tagen wegen anhaltender Blutung täglich Tamponade. Muttermund für 3 Finger durchgängig; von rechts her ragt ein Placentarlappen bis unter die Mitte des innern Muttermundes. Nach Einführung der Hand in die Vagina Wendung nach Braxton-Hicks. Eine Stunde später spontane Geburt des nicht ausgetragenen toten Kindes. Placenta folgt spontan.

Kind: Gewicht 2110 gr.
Länge 44 cm.
Placenta: Gewicht 390 gr.
Größe 15:13.
Dicke $1^1/_2$ cm.
Gestalt oval.
Gewebe gemischtlappig.
Wochenbett ohne Komplikationen.

Fall 18:

J. N. 661. Jahr 1902.
M. H., 25 Jahre, III para.
II. Schädellage im 9. Monat.
Placenta praevia centralis.

Part. will nie krank gewesen sein. Erste Menstruation mit 16 Jahren, war stets regelmäßig, mäßig stark, ohne Schmerzen. Erste Entbindung mit 19 Jahren, normal. Zweite Entbindung Abort im 3. Monat. Letzte Menstruation anfangs November, die letzte Schwangerschaft verlief normal.

Zwei Tage vor der Geburt des Kindes Blutung. Tamponade mit steriler Gaze, außerhalb der Klinik. Nach 24 Stunden Entfernung der übelriechenden Tampons, schon in der Klinik. Scheidenausspülungen und Tamponade mit Jodoformgaze. Am nächsten Tage Muttermund fünfmarkstückgroß. Die rechte Hand wird in die Vagina eingeführt, die den Muttermund vollständig deckende Placenta rasch mit 2 Fingern durchgestoßen, der Steiß mit der äußeren Hand heruntergedrängt, das linke Bein erfaßt und in den Muttermund heruntergezogen, bis der Fuß in der Vulva sichtbar wird. An dem Fuß wird ein Zug von 1 kg-Gewicht angebracht. Nach 10 Minuten spontane Geburt des Rumpfes. Lösung der Arme und Entwicklung des Kopfes durch Mund-Nackengriff. Das Kind ist 2° asphyktisch, wird durch Schulz'sche Schwenkungen wiederbelebt. Die Placenta folgt sofort spontan. Mit ihr kam ein Schwall Blut, der 1350 gr wog (wohl auch mit Fruchtwasser vermischt).

Kind: Länge 48 cm.
Gewicht 3020 gr.

Plazenta: Gewicht 930 gr.
Größe 22:16.
Dicke 2—2½ cm.
Gestalt oval.
Gewebe kleinlappig.

1 cm von ihrem Rande entfernt eine 6 cm lange, 3 bis 4 cm breite, ½ cm dicke Placenta succenturiata, die durch zwei größere Gefäße mit dem Hauptmutterkuchen in Verbindung steht. Auch an anderen Stellen sind die Eihäute auffallend dick und die Decidua wulstig. Die materne Fläche ist an der Durchstoßungszelle stark zerrissen. Ein Teil der Eihäute ist zurückgeblieben. Von einer Entfernung der Eihautreste wurde abgesehen, da keine Blutung mehr auftrat. Dieselben sind im Laufe des Wochenbettes unbemerkt abgegangen.

Wochenbett: Am Abend des 2. Wochenbettages erfolgte eine Temperatursteigerung auf 38,8 und bald entwickelte sich das Bild einer septicaemischen Infektion, hohe Temperatursteigerung von 40° und darüber, peritonitische Symptome, schweres Benommensein, Schüttelfrost. Dazu traten die Erscheinun-

gen der Pyaemie, eine Endocartitis der Mitralis, Pleuritis, Milztumor, sodaß zum Schluß ein ausgesprochenes Bild der Septicopyaemie vorlag.

Am 16. Tage erfolgte der Exitus laetalis.

Die Sektion bestätigte das klinische Bild; es ergab sich:

„Septicopyaemie, ausgehend von einer nekrotischen Endometritis mit Placentarthrombose der Venen des kleinen Beckens mit Fortsetzung in die Iliaca communis. Eitrige, jauchige Pleuritis rechts. Verucöse Endocartitis der Metralis. Herzdilatation, Lungenöden. Septischer Milztumor. Parenchymatöse Nephritis."

Fall 19:

J. N. 93a. Jahr 1902.

M. H., 37 Jahre, X para.

I. Schädellage im 9. Monat.

Placenta praevia marginalis.

Part. wurde poliklinisch entbunden. Vor der Geburt Blutung vorhanden. Zweimalige Tamponade. Wendung nach Braxton-Hicks. Spontane Geburt des Kindes. Dasselbe ist nicht ganz ausgetragen, II. Grades asphyktisch geboren, aber wieder belebt. Expression der Placenta nach Credé. Atonische Nachblutung. Uterusscheidentamponade. Ueberführung in die Klinik.

Kind: Länge 48 cm.

Gewicht ?

Placenta: ?

Wochenbett: 12 Tage fieberhaft. An den Injektionsstellen für eine Kochsalzinfusion, die nach der Geburt gemacht wurden, entwickelten sich ein Abzeß und ein Gasphlegmone; die beide nach mehrfachen Inzisionen langsam heilten.

Fall 20:

J. N. 590b. Jahr 1903.

A. W., Bureaugehilfensfrau, 45 Jahre, IX para.

I. Schädellage.

Placenta praevia lateralis.

Part. ist eine schwächliche, anämische Frau, hat einen Ulcus cruris, starke Varicen an Unter- und Oberschenkel. Als Kind hatte sie Diphtherie, Scharlach, Masern durchgemacht. Mit 18 Jahren Menses, stets regelmäßig. Die vorausgegangenen Schwangerschaften und Geburten normal. Letzte Menstruation am 17. November. In der letzten Schwangerschaft starke Leibschmerzen.

Wegen einer starken Blutung, Wendung nach Braxton-Hicks und Geburt des Kindes außerhalb der Klinik. Kind tot. Starke arterielle Nachblutung; Scheidentamponade. Aufnahme in die Klinik. Naht zweier Cervixrisse, von 3 resp. 2 cm Länge. Tamponade des Uterus und der Vagina.

Im Wochenbett eine einmalige Temperatursteigerung auf 39,1 am zweiten Tage. Lysolausspülung der Scheide. Eisblase auf das Abdomen, Chinin. 1,0. Weiterhin keine Fiebererscheinungen.

Fall 21:

J. N. 697. Jahr 1904.
M. B., 38 Jahre, VIII para.
II. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Mittelgroße, schwächlich gebaute Frau; früher soll sie immer gesund gewesen sein. Erste Regel mit 16 Jahren, stets regelmäßig ohne Beschwerden. Frühere Geburten verliefen alle normal. Die erste Hälfte der letzten Schwangerschaft beschwerdenfrei. Im 6. Monat mittelstarke Blutung. 14 Tage darauf wieder eine Blutung, zwar geringe. Vor drei Wochen wieder starke Blutung. Heute morgen Blutung und Part. wird in die Klinik transportiert.

Die Untersuchung ergibt: Scheide weit, aufgelockert. Muttermund dreimarkstückgroß, ganz von Placentargewebe ausgefüllt. Es wird die Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt, indem der linke Fuß des Kindes erfaßt und bis zum Knie in die Vulva gezogen wird. An dem Fuß wird ein Zuggewicht von 1 kg befestigt. Der Rumpf wird nach 2 Stunden spontan geboren. Der Kopf wird entwickelt durch Mund-Nakkengriff. Dabei wieder eine Blutung. Das Kind ist lebend geboren. Placenta wird mittels Credé'schen Handgriff exprimiert.

Kind: Länge 50 cm.
Gewicht 3200 gr.
Placenta: Gewicht 700 gr.
Größe 16:18.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe großlappig.

Im Wochenbett hat Wöchnerin Temperatursteigerung bis 39,4 gehabt, die dann zurückging. Auch eine Bronchitis hat die Wöchnerin durchgemacht.

Fall 22:

J. N. 75. Jahr 1905.
M. S., Dienstmädchen, 45 Jahre, II para.
Schädellage.
Placenta praevia centralis.

Pat. ist schwächlich gebaut. Am Unterschenkel ein Ulcus lueticus. Genaue Anamnese unmöglich zu entnehmen. Seit Freitag sehr starke Blutungen. Urämischer situs. Part. wurde

von der Sanitätskolonne hereingebracht. Sehr unruhig, atmet schwer, Puls ist klein. Kampherinjektionen. Die draußen ausgeführte Tamponade wird entfernt. Die Untersuchung ergibt:

Placenta praevia centralis. Dieselbe wird mit 2 Fingern durchbohrt, die Blase gesprengt und hierauf die Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt. Während der kurz dauernden Narkose wird Part. asphyktisch, Puls klein, kaum fühlbar. Kampherinjektionen. Nach 35 Min. spontane Geburt eines toten II° macerierten Kindes, das 51 cm lang und 3100 gr schwer ist.

Eine Stunde post partum, Beginn eines schweren urämischen Anfalls. In 1 Stunde Exitus laetalis.

Die Sektion ergab: hochgradige Anämnie sämtlicher Organe; parenchymatöses Lungenödem; an der kleinen Kurvatur des Magens ein erbsengroßes Ulcus.

Fall 23:

J. N. 425. Jahr 1905.
M. B., 38 Jahre, X para.
Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Part. ist mittelgroß, ziemlich kräftig gebaut. Will immer gesund gewesen sein. Erste Periode mit 15 Jahren, 3 Tage dauernd, alle 4 Wochen. Die ersten 4 Geburten normal. Nach der 5. Geburt atonische Nachblutung. Die übrigen Geburten auch normal, bis auf die neunte: Frühgeburt im 5. Monat. Die letzte Schwangerschaft beschwerdenfrei.

Gravida kommt mit dem Wunsch, untersucht zu werden. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Bei der Untersuchung eine sehr starke Blutung. Es wird die Placenta praevia diagnostiziert und Wendung nach Braxton-Hicks sofort ausgeführt. Puls sehr klein. Kampherinjektion und Kochsalzinfusion wegen großem Blutverlust. 12 Stunden nach der Wendung spontane Geburt eines toten Kindes. Nach 1 Stunde spontane Geburt der Placenta.

Kind: Länge 43 cm.
Gewicht 2650 gr.
Placenta: Gewicht 700 gr.
Größe 17:17.
Dicke 2 cm.
Gestalt rund.
Gewebe mittellappig.

Wochenbett: einmalige Temperatursteigerung auf 39°, die am anderen Tage zurückging. Sonst ist das Wochenbett ganz normal gewesen.

Fall 24:

J. N. 775. Jahr 1905.
B. W., 35 Jahre, VI para.
I. Dorsoposteriore Querlage.
Placenta praevia centralis.

Blaß aussehende Frau, will früher immer gesund gewesen sein. Erste Regel mit 14 Jahren, stets regelmäßig. Die früheren Geburten alle normal, die letzte Schwangerschaft verläuft beschwerdenfrei. Vor drei Wochen zum erstenmal Blutung. Am 13. Aug. wieder eine Blutung, die bedeutend stärker war, als die erste, worauf Gravida in die Klinik transportiert wurde.

Die Untersuchung ergab, daß der Muttermund für einen Finger durchgängig ist, vollständig mit Placentargewebe ausgefüllt. Geringe Blutung. Tamponade der Cervix und Vagina mit Jodoformgaze. Kindliche Herztöne vorhanden. Kurze Zeit später wird die Tamponade durchblutet. Entfernung der Tamponade. Combinierte Wendung nach Braxton-Hicks bei dem für 3 Finger durchgängigen Muttermund. Nach 9 Stunden spontane Geburt eines toten Kindes. Wegen neueingetretener Blutung Expression der Placenta nach Credé.

Kind: Länge 51 cm.
Gewicht 2900 gr.
Placenta: Gewicht 670 gr.
Größe 20:18.
Gestalt oval.
Dicke 2 cm.
Gewebe großlappig.

Wochenbett: Es treten keine Nachblutungen und keine Komplikationen ein.

Fall 25:

J. N. 787. Jahr 1909.
F. M., 34 Jahre, V para.
I. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Part. ist mittelgroß, gesundes Aussehen. Immer gesund gewesen. Erste Periode mit 16 Jahren, stets regelmäßig, mittelstark. Die ersten Geburten normal. Die letzte Schwangerschaft ohne Beschwerden.

Vor 8 Tagen leichte Blutung; vor 4 Tagen ebenfalls leichte Blutung. Gestern abends starke Blutung, sodaß Part. von der Hebamme tamponiert wurde. Am nächsten Morgen ist die Tamponade vollständig durchblutet, sodaß sie von einem Arzte erneuert wird, worauf Kreißende in die Klinik transportiert wird. Entfernung der Tamponade. Muttermund für 3 Finger durchgängig. Diagnostizieren der Placenta praevia. Wegen eingetre-

tener Blutung Wendung nach Braxton-Hicks. Nach drei Stunden Geburt eines toten Kindes. Placenta folgt spontan.

Kind: Länge 52 cm.
Gewicht 3000 gr.

Placenta: Gewicht 500 gr.
Größe 28:10.
Dicke 2 cm.
Gestalt langgestreckt.
Gewebe gemischtlappig.

Wochenbett: Die ersten Tage fühlte sich die Wöchnerin sehr matt, wegen großen Blutverlustes. Temperatursteigerungen bis über 40°, die dann langsam zurückgingen. Wöchnerin wird gesund entlassen.

Fall 26:

J. N. 336. Jahr 1906.
M. S., 35 Jahre, IX para.
I. Schädellage.
Placenta praevia marginalis.

Part. ist mittelgroß, kräftig gebaut. Eintreten in die Klinik mit einer Bronchitis. Soll früher immer gesund gewesen sein. Die vorausgegangenen acht Geburten normal. Die letzte Schwangerschaft verlief in erster Hälfte normal. Vor 6, 3 und 2 Wochen je leichte Blutung. Am 10. Aug. wieder eine starke Blutung, worauf Pat. in die Klinik gebracht wurde.

Innere Untersuchung ergibt: Muttermund für 2 Finger durchgängig, an der vorderen Wand deutlich zu fühlen der gelöste Rand der vorliegenden Placenta. Sprengung der Blase, die Vulva. Befestigung von $^1/_2$ kg-Zuggewicht. Unmittelbar kombinierte Wendung und Herabziehen des rechten Fußes vor nach Wendung keine kindlichen Herztöne. Nach 2 Stunden Geburt des Rumpfes. Kopf wird nach Veit-Smellie entwickelt. Kind leicht asphyktisch, bald wieder belebt.

Kind: Länge 49 cm.
Gewicht 2870 gr.

Placenta: Gewicht 695 gr.
Größe 20:19.
Dicke $1^1/_2$ cm.
Gestalt rund.
Gewebe großlappig.

Wochenbett verläuft ohne Fieber und sonstige Störungen.

Fall 27:

J. N. 785. Jahr 1906.
M. B., 26 Jahre, II para.
I. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Part. ist mittelgroß, kräftig gebaut, litt an Masern und Scharlach. Erste Regel mit 14 Jahren, stets regelmäßig, 4 Tage dauernd. Später wurden die Regeln unregelmäßig, Intervall 14 Tage bis 5 Wochen, stark; Dauer 5—6 Tage. Die erste Schwangerschaft und Geburt verlief normal. Auch das Befinden der letzten Schwangerschaft war gut. Vor ca. 4 Wochen erstmalige Blutung, die 2 Tage dauerte. Zweite Blutung vor 14 Tagen, die 12 Stunden dauerte.

Untersuchung: Muttermund ist für 2 Finger durchgängig, Placenta sitzt am linken Rand und ragt bis gegen die Mitte des Muttermundes. Unter Chloroformnarkose Wendung nach Braxton-Hicks, indem man die linke Hand in die Vagina einführt und den rechten Fuß vor die Vulva zieht. Nach $3^1/_4$ Stunden spontane Geburt eines lebenden Kindes. Nach der Geburt leichte Blutung, worauf Part. eine Spritze Ergotin erhält. Da die Expression der Placenta nach Credé erfolglos wird, manuelle Lösung der Placenta. Blutung. Jodoformgazetamponade, zwei Spritzen Ergotin. Das Kind stirbt ab, nachdem es eine halbe Stunde gelebt hat.

Kind: Länge 40 cm.
Gewicht 1200 gr.

Placenta: Gewicht 390 gr.
Größe 15:14.
Gestalt rund.
Dicke 2 cm.
Gewebe kleinlappig.

Das Wochenbett im Laufe der ersten 5 Tage normal, am 6. Tage Temperatursteigerung, Schüttelfrost. Im Laufe von drei Wochen ging die Temperatur zurück und Wöchnerin hat sich langsam erholt.

Fall 28:

J. N. 794. Jahr 1906.
E. E., 40 Jahre, XVI para.
II. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Part. ist kräftig gebaut, will nie krank gewesen sein. Erste Regel mit 17 Jahren. Bleibt 1 Jahr aus, dann wieder alle vier Wochen 5 Tage dauernd. 13 Geburten normal. 14. Querlage. 15. Placenta praevia. Die letzte Schwangerschaft verläuft normal. Vor 10 Tagen, vor 8 Tagen und kurz vor der Geburt Blutungen. Part. wird in die Klinik gebracht. Untersuchung: Muttermund für 1 Finger durchgängig. Der Uterus ist mit Jodoformgaze tamponiert. Am nächsten Tag ist der Muttermund noch immer für 1 Finger durchgängig. Kreißende bekommt plötzlich einen Hustenanfall, worauf sich eine heftige Blutung einstellt. Die Blutung ist so stark, daß trotz des noch für 2 Finger durchgängigen Muttermunds combinierte Wendung

nach Braxton-Hicks ausgeführt wird. An dem herausgeholten Fuß wird $^1/_2$ kg-Zuggewicht befestigt. Nach 5 Stunden wird der Steiß geboren. Armlösung und mit einer kräftigen Wehe, spontane Geburt des Kopfes. Leichte Blutung, worauf Part. eine Spritze Ergotin bekommt. Das Kind ist tot. Placenta folgt auf Credé.

Kind: Länge 46 cm.
Gewicht 1835 gr.
Placenta: Gewicht 400 gr.
Größe 16:30.
Dicke 2 cm.
Gewebe mittellappig.
Gestalt oval.
Wochenbett o. B.

Fall 29:

J. N. 1110. Jahr 1906.
B. S., 39 Jahre, XIII para.
I. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Part. ist mittelgroß, von mäßigem Ernährungszustand. Früher immer gesund. Unter den 12 Entbindungen 3 Aborte. Erste Periode mit 17 Jahren, immer unregelmäßig. Während der letzten Schwangerschaft Lungenentzündung. Vor 3 Tagen zum erstenmal Blutung, worauf Part. außerhalb der Klinik von einem Arzt tamponiert wird. Kurz vor der Geburt wieder eine Blutung, die so stark wurde, daß Part. in die Klinik transportiert wird.

Diagnostizieren der vorliegenden Placenta. Kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks und Anziehen des Fußes vor die Vulva. Blutung steht. Nach $2^1/_2$ Stunden spontane Geburt des Kindes. Kind ist tot. Placenta folgt nach 20 Minuten.

Kind: Länge 47 cm.
Gewicht 2330 gr.
Placenta: Gewicht 470 gr.
Größe 16:13.
Gestalt oval.
Dicke 2 cm.
Gewebe großlappig.
Wochenbett: Kein Fieber, keine Komplikationen.

Fall 30:

J. N. 1125. Jahr 1906.
A. N., 36 Jahre, IX para.
II. Schädellage.
Placenta praevia centralis.

Part. soll früher immer gesund gewesen sein. Erste Menstruation mit 17 Jahren. Stets regelmäßig. Die vorausgegange-

nen Schwangerschaften und Geburten normal. Auch die letzte Schwangerschaft verlief ohne Beschwerden bis zum letzten Tage; es stellte sich eine Blutung ein. Der eingeladene Arzt diagnostiziert eine Placenta praevia, tamponiert die Frau und schickt sie in die Klinik.

Entfernung der Tamponade und Lysolausspülung. Muttermund für 3 Finger durchgängig, vollständig mit Placentargewebe ausgefüllt. Kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks; 2 Finger der rechten Hand durchbohren die vorliegende Placenta und holen den rechten Fuß des Kindes vor die Vulva; Befestigung von 1 kg-Zuggewicht. Keine Blutung. Kindliche Herztöne vorhanden. Nach 14 Stunden Geburt des Rumpfes, Kopf folgt auf Veit-Smellie. Geringe Blutung. Ergotinspritze. Wegen neueingetretener Blutung Expression der Placenta nach Credé. Keine Nachblutung. Uterus gut kontrahiert. Das Kind stirbt 10 Stunden nach der Wendung.

Kind: Gewicht 3000 gr.
Länge 49 cm.

Placenta: Gewicht 550 gr.
Größe 20:19.
Dicke 2 cm.
Gestalt rund.
Gewebe kleinlappig.

Wochenbett o. B.

Fall 31:

J. N. 37. Jahr 1906.
A. B., 28 Jahre, III para.
II. Schädellage.
Placenta praevia marginalis.

Part. mittelkräftig; früher immer gesund. Erste Periode mit 14 Jahren, 2—3 Tage dauernd, schwach alle 3 Wochen. Erste Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett normal. Zweiter Partus-Abort im dritten Monat. Letzte Schwangerschaft o. B. In dem letzten Monat der Schwangerschaft stellten sich zweimal Blutungen ein, die auf Bettruhe standen. Einen Tag vor der Geburt wieder Blutung, worauf Part. in die Klinik gebracht wird.

Untersuchung: Muttermund für 1 Finger durchgängig; Diagnostizieren der Placenta praevia marginalis. Geringe Blutung, die auf Bettruhe steht. Nach 3 Stunden starke Blutung. Tamponade. Muttermund ist für 2 Finger durchgängig. Da die Tamponade nach kurzer Zeit vollständig durchblutet ist, entschließt man sich zu Wendung nach Braxton-Hicks. Beim Eingehen in den Uterus preßt Part., was einen Nabelschnurvorfall zur Folge hat. Die Nabelschnur ist pulslos. Nach 1½ Stunden spontane Geburt eines toten Kindes. Placenta folgt spontan.

Kind: Länge 49 cm.
Gewicht 2400 gr.
Placenta: Gewicht 450 gr.
Größe 19:14.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe gemischtlappig.
Wochenbett verläuft ohne Fieber und sonstige Komplikationen.

Fall 32:

J. N. 89. Jahr 1907.
B. P., 39 Jahre, VIII para.
Schieflage I a.
Placenta praevia centralis.

Part. kommt mit einem Vitium cordis. Als Kind Furunculose und Keuchhusten. Mit 17 Jahren Gelenkrheumatismus. Menses mit 16 Jahren. Nach der 1. Periode 1 Jahr Pause, von da ab regelmäßig alle 4 Wochen. Erste Schwangerschaft: Abort. in 6. Woche. Zweite Schwangerschaft: Kind nicht ausgetragen. Dritte Schwangerschaft: Abort in 4. Woche. Die vier folgenden Schwangerschaften und Geburten normal. Die letzte Schwangerschaft verläuft normal bis zum 6. Monat: Blutungen.

Gravida kommt in die Klinik mit Wunsch, untersucht zu werden, wobei eine Placenta praevia centralis diagnostiziert wird. Muttermund für 3 Finger durchgängig. Nach dem Durchbohren der Placenta combinierte Wendung nach Braxton-Hicks. Nach 5 Stunden spontane Geburt des Rumpfes. Arm- und Kopflösung nach Martin-Wigand-Winckel. Kind I° asphyktisch, wird leicht wieder belebt. Placenta folgt spontan.

Kind: Länge 51 cm.
Gewicht 3700 gr.
Placenta: Gewicht 800 gr.
Größe 20:15.
Dicke 3 cm.
Gestalt oval.
Gewebe großlappig.
Wochenbett o. B.

Fall 33:

J. N. 390. Jahr 1907.
T. D., 40 Jahre, III para.
I. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Gesundes Aussehen, früher immer gesund. Erste Periode mit 14 Jahren, stets regelmäßig. Die zwei ersten Entbindungen normal, letzte Schwangerschaft beschwerdenfrei.

Gravida kommt mit der Angabe, sie habe gestern nacht geblutet; Blutung stand auf Bettruhe. Beim Eintreten in die Klinik keine Blutung. Kindliche Herztöne 140. Innere Untersuchung ergibt: Muttermund fünfmarkstückgroß mit Placentargewebe ausgefüllt. Plötzliches Eintreten starker Blutung. Narkose, Lysolausspülung, Wendung nach Braxton-Hicks. Nach $^3/_4$ Stunden spontane Geburt des Kindes. Das Kind ist tot. Placenta folgt spontan.

Kind: Länge 55 cm.
Gewicht 3650 gr.
Placenta: Gewicht 850 gr.
Größe 23:20.
Gestalt rund.
Dicke 2 cm.
Gewebe großlappig.
Wochenbett o. B.

Fall 34:

J. N. 711. Jahr 1907.
E. V., 33 Jahre, V para.
II. Schädellage.
Placenta praevia centralis.

Part. ist kräftig gebaut, will nie krank gewesen sein. Erste Regel mit 16 Jahren, regelmäßig, 8 Tage dauernd, stark. Die ersten 4 Geburten verliefen normal. In der letzten Schwangerschaft, anfangs Erbrechen; vor 4 Monaten zum erstenmal Blutung. Letzte Blutung vor 3 Wochen, stark.

Beim Eintritt in die Klinik keine Blutung. Nach 3 Tagen tritt eine Blutung ein, die durch Tamponade gestillt wird. Am nächsten Tage ist die Tamponade durchblutet. Entfernung der Tamponade. Muttermund für 2 Finger durchgängig, vollständig mit Placentargewebe ausgefüllt. Die vorliegende Placenta wird mit einen Finger durchbohrt, der rechte Fuß erfaßt und bis zum Knie vor die Vulva gezogen. Während der Operation ein sehr geringer Blutverlust. Nach 3 Stunden spontane Geburt eines toten, nicht ausgetragenen Kindes. Sofortige Expression der Placenta nach Credé. (Modus Duncan).

Der Wöchnerin wird 1 gr Secacornin subcutan injiziert und 20 gtt. extr. sec.-corn. per oss. verabreicht. Eisblase auf den Leib. Wöchnerin erholt sich langsam.

Kind: Länge 30 cm.
Gewicht 790 gr.
Placenta: Gewicht 300 gr.
Größe 13:12.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe großlappig.

Im Wochenbett tritt einmalige Temperatursteigerung bis 39° ein. Wöchnerin vollständig reconvalescent entlassen.

Fall 35:

J. N. 915. Jahr 1907.
M. R., 35 Jahre, VIII para.
II. Schädellage.
Placenta praevia centralis.

Als Kind hatte Part. Diphtherie gehabt. Will sonst immer gesund gewesen sein. Erste Menses mit 13 Jahren, 8 Tage dauernd, alle 4 Wochen. Erste sieben Schwangerschaften und Geburten normal. Vor 4 Wochen ununterbrochen starke Blutungen. Am letzten Tage eine sehr starke Blutung, worauf Part. von der Sanitätskolonne in die Klinik transportiert wird.

Temperatur 40,1. Puls 144. Aus der Vagina fließt kontinuierlich Blut ab. Bei der heißen Lysolabspülung gehen Blutcoagula ab.

Muttermund für 1 Finger durchgängig, mit Placentargewebe vollständig ausgefüllt. Einlegen des Metreurynthers. Nach kurzer Zeit Muttermund schon für 3 Finger durchgängig. Die vorliegende Placenta wird mit dem Finger durchbohrt. Ausführung der combinierten Wendung. Nach $1^1/_2$ Stunden spontane Geburt eines nicht ausgetragenen Kindes. Da die Blutung wieder stark einsetzt, Expression der Placenta nach Credé. Prophylaktisch 30 Tropfen Ergotin. Temperatur sinkt langsam ab.

Kind: Länge 28 cm.
Gewicht 521 gr.
Placenta: Gewicht 450 gr.
Größe 12:18.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe gemischtlappig.

Im Wochenbett befindet sich Puerpera wohl und nach vier Tagen darf sie aufstehen.

Fall 36:

J. N. 90. Jahr 1908.
R. F., 38 Jahre, VI para.
II. Schädellage.
Placenta praevia centralis.

Part. ist mittelgroß, will immer gesund gewesen sein. Die vorausgegangenen fünf Geburten normal. Erste Regel mit 18 Jahren, 3 Tage dauernd, unregelmäßig. Die letzte Schwangerschaft verläuft beschwerdefrei.

Part. gibt an, die letzte Nacht sei eine Blutung eingetreten, worauf sie außerhalb der Klinik tamponiert wurde. Entfernung der Tamponade. Muttermund für 2 Finger durchgängig, voll-

ständig von Placentargewebe ausgefüllt. Bei der Untersuchung Blutung. Wendung nach Braxton-Hicks. Nach 2 Stunden spontane Geburt eines II° macerierten Kindes. Nach 10 Min. spontane Geburt der Placenta. Starke Nachblutung. Tamponade. Infusion von 500 gr Kochsalzlösung. Am nächsten Tage Entfernung der Tamponade. Keine Blutung.

Kind: Länge 48 cm.
Gewicht 3500 gr.
Placenta: Gewicht 600 gr.
Größe 21:15.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe gemischtlappig.
Wochenbett o. B.

Fall 37:

J. N. 620 a. Jahr 1908.
E. K., 44 Jahre, I para.

Part. wird vollständig entblutet von der Sanitätskolonne in die Klinik gebracht. Sie gibt an, daß sie zum erstenmal eine Blutung von 4 Wochen gehabt hat, die sich gestern Abend wiederholte.

Muttermund für zwei Finger durchgängig, keine kindliche Herztöne. Bei der Untersuchung Blutung. Diagnostizieren einer vorliegenden Placenta.

12 Uhr 30 Min. Wendung auf den Fuß nach Braxton-Hicks.
12 „ 45 „ NaCl. Infusion, 10 ccm Kampher. Puls frequent.
1 „ 30 „ 4 ccm Kampher. Puls kaum fühlbar.
1 „ 40 „ hoher Einlauf von NaCl.
2 „ 15 „ 6 ccm Kampher.
3 „ 20 „ 2 ccm Kampher.
8 „ 10 „ 4 ccm Kampher.
9 „ 10 „ Exitus laetalis.

Nachträglich wird in Erfahrung gebracht, daß die Frau bis zum letzten Abend auf ein „Gewächs" und Wassersucht behandelt worden sei. Im Urin sei nichts gefunden, deshalb habe Dr. B. gemeint, es sei doch keine Wassersucht. Die vor vier Wochen vorhandene Blutung war auch sehr stark, aber auch das „Gewächs" verschoben. Erst am letzten Abend hat der Arzt, der die innere Untersuchung vornahm, Placenta praevia diagnostiziert. (Bericht des Journals.)

Fall 38:

J. N. 972. Jahr 1909.
A. H., 33 Jahre, V para.

II. Schieflage.
Placenta praevia marginalis.

Part. will immer gesund gewesen sein. Erste Periode mit 20 Jahren 2—3 Tage dauernd, schwach, unregelmäßig. Alle vier vorausgegangenen Geburten im 8. und 9. Monat, darunter einmal Zwillinge. Letzte Geburt vor 7 Jahren: Frühgeburt im 8. Monat. Die letzte Schwangerschaft verlief normal.

Seit gestern andauernde, aber leichte Blutung, innerer Muttermund für 1 Finger durchgängig. Placentargewebe undeutlich fühlbar. Nach 7 Stunden Wendung nach Braxton-Hicks. Der linke Fuß wird herabgeholt und belastet. Nach 2 Stunden spontane Geburt des Kindes. Das Kind ist asphyktisch, wird aber wieder belebt. Placenta folgt dem Kinde sofort.

Kind: Länge 49 cm.
Gewicht 2550 gr.

Placenta: Gewicht 500 gr.
Größe 14:15.
Dicke 2 cm.
Gestalt rund.
Gewebe gemischtlappig.

Wochenbett o. B.

Fall 39:

J. N. 1057. Jahr 1910.
M. L., 24 Jahre alt, II para.
I. Schädellage.
Placenta praevia marginalis.

Part. soll erst mit 3—4 Jahren Laufen gelernt haben, sonst immer gesund. Erste Menstruation mit 16 Jahren 3—5 Tage dauernd, unregelmäßig. Die erste Geburt-Abort im 6. Monat.

Gravida kommt mit der Angabe, gestern sei eine starke Blutung eingetreten, worauf sie vom Arzte tamponiert wurde. Bis abends 7 Uhr 30 Min. bleibt erste Tamponade. Tamponadewechsel. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Nach 10 Stunden ist der Muttermund fünfmarkstückgroß. Leichte Blutung. Wendung nach Braxton-Hicks. Nach 1 Stunde spontane Geburt einer unreifen Frucht. Nach $1^1/_2$ Stunden spontane Geburt der Placenta.

Kind: Länge 31 cm.
Gewicht 1200 gr.

Placenta: Gewicht 300 gr.
Größe 12:6.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe kleinlappig.

Wochenbett ohne Fieber oder sonstige Komplikationen.

Fälle, in welchen der kombinierten Wendung die Extraktion angeschlossen wurde.

Fall 1:

J. N. 65. Jahr 1895.
E. P., 34 Jahre, IX para.
II. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Part. will immer gesund gewesen sein. Erste Regel mit 17 Jahren, alle 4 Wochen, 3—4 Tage dauernd, stark. Alle vorausgegangenen Schwangerschaften und Geburten normal. Die letzte Schwangerschaft verlief auch normal. Vor 10 Tagen starke Blutung. Am Tage der Aufnahme wiederholt sich die Blutung. Die Tamponade wird erneuert. Nach 2 Stunden Entfernung der Tamponade.

Muttermund für 2 Finger durchgängig; an der linken Seite kommt man auf ein schwammiges Gewebe: Placenta praevia. Nach 3 Stunden Entfernung der wieder eingeführten, durchbluteten Tamponade. Muttermund für 3 Finger durchgängig. Kindliche Herztöne sind gut. Am nächsten Tag bei fünfmarkstückgroßem Muttermund combinierte Wendung nach Braxton-Hicks, und sofortige Extraktion. Kind leicht asphyktisch, bald aber wieder belebt. Placenta kommt spontan.

Kind: Länge 49 cm.
Gewicht 2750 gr.
Placenta: Gewicht 570 gr.
Größe 20:12.
Dicke 2 cm.
Gestalt länglich.
Gewebe großlappig.

Wochenbett: Im Wochenbett einmalige Temperatursteigerung bis 39,6.

Fall 2:

J. N. 873. Jahr 1895.
M. L., 27 Jahre, V para.
Schieflage II a.
Placenta praevia lateralis.

Kräftig gebaute Frau, soll immer gesund gewesen sein. Die vorausgegangenen Schwangerschaften und Geburten o. B.

Part. wurde mit einer starken Blutung in die Klinik gebracht.

Untersuchung ergibt: Muttermund für 2 Finger durchgängig. Am rechten Rande des Muttermundes fühlt man die vorliegende Placenta. Nach dem Bade wieder Blutung. Da die Blutung sehr stark wird und kindliche Herztöne schlechter werden, combinierte Wendung nach Braxton-Hicks, mit anschließender

Extraktion. Expression der Placenta nach Credé. Kind leicht asphyktisch geboren, wird wieder belebt.

Kind: Länge 44.
Gewicht 2000 gr.
Placenta: Gewicht 550 gr.
Größe 18:16.
Dicke 2 cm.
Gestalt rund.
Gewebe großlappig.
Wochenbett o. B.

Fall 3:

J. N., 933. Jahr 1897.
A. H., 34 Jahre, X para.
II. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Kleine, zartgebaute Frau, war stets gesund. Erste Regel mit 13 Jahren, schwach, 3 Tage dauernd, alle 4 Wochen. Erste Geburt Zangengeburt; zweite normal; dritte normal; vierte Wendung; 5. und 6. normal; 7. Wendung; 8. Zangengeburt; 9. normal. Schwangerschaft und Wochenbett stets normal. Die erste Hälfte der letzten Schwangerschaft beschwerdenfrei. Im fünften Monat stellte sich eine kurz dauernde Blutung ein. Vor der Untersuchung werden 9 Salizylwattetampons entfernt, von denen nur der tiefste durchblutet ist. Muttermund ist dreimarkstückgroß, am Rand Placenta zu fühlen. Während der Untersuchung keine Blutung. Part. mußte 2 Tage kreißen. Blutung. Combinierte Wendung nach Braxton-Hicks. Da die kindlichen Herztöne schlechter werden, Extraktion des Kindes. Placenta wird nach Credé exprimiert.

Kind: Länge 55 cm.
Gewicht 3700 gr.
Placenta: Gewicht 850 gr.
Größe 24:16.
Dicke 3 cm.
Gestalt oval.
Gewebe großlappig.
Wochenbett verläuft normal.

Fall 4:

J. N. 962. Jahr 1898.
A. Z., 38 Jahre, XI para.
II. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Große, kräftig gebaute Frau, soll immer gesund gewesen sein. Erste Periode mit 15 Jahren, 4—5 Tage dauernd, unregelmäßig. Die vorausgegangenen zehn Schwangerschaften und

Geburten normal. Letzte Schwangerschaft gut verlaufen. Seit 8 Tagen Blutungen. Drei Tage vor der Aufnahme in die Klinik wurde Pat. von einem Arzt untersucht, in den nächsten Tagen Tamponade.

Entfernung der Tamponade in der Klinik. Untersuchung: Muttermund für 2 Finger durchgängig; Diagnostizieren der vorliegenden Placenta. Erneuerung der Tamponade wegen eingetretener Blutung. Nach 1 Stunde Entfernung der vollständig durchbluteten Tamponade. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Wendung nach Braxton-Hicks. Nach 2 Stunden den Extraktion eines toten Kindes. Expression der Placenta nach Credé. Keine Nachblutung.

Kind: Länge 54 cm.
Gewicht 3750 gr.
Placenta: Gewicht 600 gr.
Größe 16:18.
Dicke 2 cm.
Gestalt rund.
Gewebe großlappig.

Wochenbett: Einmalige Temperatursteigerung bis 39,6°; keine Nachblutungen und Part. wird erholt entlassen.

Fall 5:

J. N. 1104. Jahr 1898.
J. K., 35 Jahre, III para.
I. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Große, kräftig gebaute Frau. Im 6. Lebensjahr Lungenentzündung, später immer gesund. Menses mit $12^1/_2$ Jahren, 4—5 Tage dauernd, regelmäßig, stark. Erste Periode nach der zweiten Geburt sehr blutreich. Beide Schwangerschaften und Geburten normal. In der letzten Schwangerschaft zeitweise Uebelkeit, sonst keine Beschwerden.

Untersuchung: Muttermund für 2 Finger durchgängig. Sprengen der Blase. Starke Blutung, wegen der kombinierte Wendung ausgeführt wird. Da die kindlichen Herztöne nach 2 Stunden schlechter wurden, Extraktion des Kindes. Beim Passieren des Geburtskanals aspiriert das Kind viel Blut und wird deswegen II° asphyktisch geboren. Trotz $1^1/_2$ stündigen Belebungsversuchen, gelingt es nicht, das Kind wieder zu beleben. Nach zwei Stunden Expression der Placenta nach Credé. Keine Blutung.

Kind: Länge 52 cm.
Gewicht 2750 gr.
Placenta: Gewicht 500 gr.
Größe 19:13.
Dicke 2 cm.

Gestalt oval.
Gewebe kleinlappig.
Wochenbett o. B.

Fall 6:

J. N. 1225. Jahr 1898.
T. K., 34 Jahre, XII para.
Schieflage II a.
Placenta praevia lateralis.

Als Kind Scharlach, Lungenentzündung. Seit 2 Jahren Herzbeschwerden. Erste Periode mit 15 Jahren, 5—8 Tage dauernd, unregelmäßig, alle 3—6 Wochen. Erster Partus normal, zweiter Partus-Placenta praevia. Geburt eines toten Kindes. Die nachfolgenden Schwangerschaften und Geburten o. B. Auch letzte Schwangerschaft normal.

Am Tage der Aufnahme in die Klinik starke Blutung beim Aufstehen. Nach 4 Stunden wieder Blutung, Tamponade. Nach 2 Stunden wird Gravida in die Klinik gebracht. Entfernung der durchbluteten Tamponade. Muttermund für 2 Finger durchgängig, am Rande Placentargewebe fühlbar. Blutung. Kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks. Die kindlichen Herztöne werden schlechter, deshalb Extraktion des Kindes. Beim Passieren des Geburtskanals aspiriert das Kind viel Blut und wird nach $^3/_4$stündigen Belebungsversuchen nicht belebt. Expression der Placenta nach Credé.

Kind: Länge 48 cm.
Gewicht 2500 gr.

Placenta: Gewicht 550 gr.
Größe 21:16.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe großlappig.

Im Wochenbett wurden Pulsschwankungen beobachtet. Sonst verläuft das Wochenbett ohne Fieber oder sonstige Komplikationen.

Fall 7:

J. N. 237. Jahr 1900.
M. G., 27 Jahre, IV para.
I. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Part. hat im Kindesalter Masern, Scharlach und Diphtherie durchgemacht. Erste Menses mit 14 Jahren, aber bis zum 16. Lebensjahr unregelmäßig. Von da regelmäßig alle 4 Wochen, 3 Tage dauernd. Die vorausgegangenen Schwangerschaften und Geburten normal. Auch letzte Schwangerschaft verlief normal. Vor 14 Tagen Blutung. Bei der Aufnahme in die Klinik ist der

Muttermund für 3 Finger durchgängig. Rechts fühlt man Placentargewebe hervorragen. Bei der Untersuchung springt die Blase und es stellt sich eine Blutung ein. Kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks: der rechte Fuß wird herabgeholt. Blutung steht nicht. Durch den langsam sich erweiternden Muttermund wird das Kind extrahiert. Blutung steht. Das Kind ist vor der Wendung abgestorben. Placenta folgt spontan nach 15 Minuten.

Kind: Länge 52 cm.
Gewicht 2950 gr.

Placenta: Gewicht 650 gr.
Größe 22:19.
Gestalt oval.
Dicke $1^1/_2$ cm.
Gewebe kleinlappig.

Wochenbett o. B.

Fall 8:

J. N. 557. Jahr 1903.
M. Sch., 27 Jahre, VI para.
I. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Keine Kinderkrankheiten, stets gesund. Erste Periode mit 11 Jahren, 2 Tage dauernd, schwach, alle 4 Wochen. Erste und zweite Geburt normal. Dritte Geburt Placenta praevia. Vierte Geburt Abort im dritten Monat. Fünfte Geburt normal. Seit dem zweiten Monat Blutungen in abwechselnder Stärke. Letzte Blutung vor 3 Tagen, worauf Pat. außerhalb der Klinik tamponiert wurde.

Bei der Untersuchung wird Placenta praevia diagnostiziert. Keine Blutung. Allgemeinbefinden gut. Da die Geburt nicht fortschreitet und Part. zwar wenig, aber doch Blut verliert, entschließt man sich, die Geburt zu beendigen: Sprengung der Blase und kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks. Durch den langsam sich erweiterten Muttermund Extraktion einer unreifen Frucht. Blutung — Expression der Placenta erfolglos — manuelle Lösung derselben.

Kind: Länge 35 cm.
Gewicht 880 gr.

Placenta: Gewicht 290 gr.
Größe 18:15.
Dicke 1 cm.
Gestalt oval.
Gewebe kleinlappig.

Wochenbett fieberfrei.

Fall 9:

J. N. 657. Jahr 1906.
E. P., 31 Jahre, I para.
II. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Part. ist mittelkräftig gebaut, stets gesund gewesen. Erste Regel mit 18 Jahren, 3 Tage dauernd, alle 4 Wochen. Die erste Geburt o. B. Die letzte Schwangerschaft verläuft beschwerdefrei. Vor 5 Wochen stellte sich zum erstenmal eine Blutung ein, die sich im Laufe dieser Zeit sechsmal wiederholte. Letzte Blutung vor 3 Tagen. Der Arzt tamponierte die Frau und schickt sie in die Klinik.

Untersuchung: Muttermund für 3 Finger durchgängig, am Rande Placentargewebe fühlbar. Blutung. Kombinierte Wendung mit anschließender Extraktion des Kindes wegen der Verlangsamerung der kindlichen Herztöne. Kind lebt. Placenta folgt auf Credé.

Kind: Länge 47 cm.
Gewicht 2720 gr.

Placenta: Gewicht 530 gr.
Größe 18:17.
Dicke 2 cm.
Gestalt rund.
Gewebe großlappig.

Wochenbett fieberfrei. Kopfschmerzen.

Fall 10:

J. N. 769. Jahr 1906.
E. D., 31 Jahre, V para.
II. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Grazil gebaute, anämische Frau. Als Kind Masern und Scharlach. Erste Regel mit 16 Jahren, stets regelmäßig. Die vorausgegangenen Schwangerschaften o. B. Letzte Schwangerschaft verläuft normal. Im letzten Monat stellten sich Blutungen ein und Part. wurde vom Arzt tamponiert.

Die Untersuchung ergibt, daß der Muttermund für 3 Finger durchgängig ist, am Rande Placentargewebe fühlbar. Starke Blutung bei der Untersuchung, deshalb kombinierte Wendung. Bei Ausführung der Operation Nabelschnurvorfall, der aber reponiert wurde. Da aber auch nach der Wendung die Blutung nicht stand, wurde Extraktion des Kindes vorgenommen und Geburt der Placenta mittels Credé beschleunigt. Das Kind wurde I° asphyktische geboren, bald aber wieder belebt. Puerpera erhält drei Ergotinspritzen.

Kind: Länge 45 cm.
Gewicht 2300 gr.

Placenta: Gewicht 480 gr.
Größe 15:19.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe mittellappig.

Im Wochenbett wurden Temperatursteigerungen bis 38,9° konstatiert, die langsam zurückgingen.

Fall 11:

J. N. 467. Jahr 1907.
A. R., 32 Jahre, VI para.
I. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Von Kinderkrankheiten Scharlach, Masern, Diphtherie durchgemacht. Später gesund gewesen. Erste Periode mit 13 Jahren, immer regelmäßig. Die vorausgegangenen fünf Schwangerschaften und Geburten o. B. Letzte Schwangerschaft verläuft normal. In den letzten 4 Wochen steliten sich viermal Blutungen ein, die mit mäßigen Leibschmerzen begleitet waren. Letzte Blutung heute morgen, worauf Gravida von der Sanitätskolonne in die Klinik gebracht wird. Blutung. Kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks mit anschließender Extraktion eines toten Kindes. Placenta folgt spontan. Keine Nachblutungen.

Kind: Länge 48 cm.
Gewicht 2500 gr.

Placenta: Gewicht 590 gr.
Größe 20:15.
Dicke $1^1/_2$ cm.
Gestalt oval.
Gewebe gemischtlappig.

Wochenbett o. B.

Fall 12:

J. N. 291. Jahr 1909.
T. L., 40 Jahre, XIII para.
Schieflage II.
Placenta praevia lateralis.

Part. will immer gesund gewesen sein. Erste Periode mit 17 Jahren, unregelmäßig. Zwischen den 13 vorausgegangenen Geburten 2 Aborte, die übrigen sind o. B. Letzte Schwangerschaft verläuft normal. Am letzten Tag stellt sich eine Blutung ein, worauf Part. in die Klinik befördert wird. Innere Untersuchung: Muttermund 3 Finger durchgängig, Diagnostizieren der vorliegenden Placenta. Kombinierte Wendung nach Braxton-

Hicks, mit anschließender Extraktion eines ausgetragenen lebenden Kindes. Placenta folgt spontan. Keine Nachblutungen.

Kind: Länge 51 cm.
Gewicht 3350 gr.
Placenta: Gewicht 530 gr.
Größe 12:19.
Dicke $1^1/_2$ cm.
Gestalt oval.
Gewebe gemischtlappig.
Wochenbett verläuft normal.

Fall 13:

J. N. 656 b. Jahr 1909.
M. N., 21 Jahre, II para.
I. Schädellage.
Placenta praevia lateralis.

Gut aussehende Frau. Als Kind Masern, sonst stets gesund. Erste Regel mit 14 Jahren, 8 Tage dauernd, alle 4 Wochen. Erste Schwangerschaft und Geburt o B. Auch das Befinden der letzten Schwangerschaft ist gut.

Muttermund für 1 Finger durchgängig, vorliegender Teil Placenta. Nach 3 Stunden bei dem für 3 Finger durchgängigen Muttermund combinierte Wendung nach Braxton-Hicks mit anschließender Extraktion des Kindes. Kind lebt. Expression der Placenta nach Credé nach 2 Stunden.

Kind: Länge 47 cm.
Gewicht 2200 gr.
Placenta: Gewicht 550 gr.
Größe 20:17.
Dicke 2 cm.
Gestalt oval.
Gewebe kleinlappig.
Wochenbett o. B.

Fall 14:

J. N. 333. Jahr 1910.
K. I., 22 Jahre, I para.
Placenta praevia centralis.

Part. wird von der Sanitätskolonne in die Klinik gebracht, vollständig verblutet. Puls 120, beschleunigte, erschwerte Atmung. Die innere Untersuchung ergibt, daß der Muttermund fünfmarkstückgroß ist und Placenta praevia centralis diagnostiziert wird. Durchbohrung der Placenta, combinierte Wendung nach Braxton-Hicks, mit anschließender Extraktion einer unreifen Frucht. Expression der Placenta.

Sorgfältige Tamponade des Uterus und der Scheide. Kochsalzinfusion (1 Liter) 2 Ergotinspritzen. Kampherinjektionen. Nach 2 Stunden trotz all diesen Maßregeln erfolgt Exitus.

Sektionsbericht lautet: reiner Verblutungstod, keine Uterusverletzung.

Die Angehörigen geben an, daß die Frau schon 8 Tage geblutet habe, und daß die Blutung kurz vor der Beförderung in die Klinik so stark war, daß Part. ohnmächtig wurde.

Fall 15:

J. N. 1827. Jahr 1911.
A. U., 23 Jahre, VI para.
I. Dorsoposteriorequerlage.
Placenta praevia lateralis.

Part. will immer gesund gewesen sein. Erste Regel mit 15 Jahren, 2 Tage dauernd, schwach, unregelmäßig. Die vorausgegangenen Schwangerschaften und Geburten normal. Auch die letzte Schwangerschaft beschwerdefrei. Am letzten Tage morgens Blutung. Part. wird in die Klinik gebracht, wo man bei einem für 2 Finger durchgängigen Muttermund vorliegende Placenta diagnostiziert. Ausführung der kombinierten Wendung mit sofortiger Extraktion eines unreifen toten Kindes. Placenta folgt nach 15 Minuten unter leichtem Druck.

Kind: Länge 37 cm.
Gewicht 1350 gr.
Placenta: Gewicht 600 gr.
Größe 12:17.
Gestalt oval.
Gewebe gemischtlappig.
Dicke 2 cm.

Wochenbett verläuft fieberfrei und ohne sonstige Komplikationen.

Mortalität der Kinder

Aus diesen Krankengeschichten sehen wir, daß von den 40 Kindern 32 gestorben sind. Die Gesamtmortalität der Kinder bei der kombinierten Wendung nach Braxton-Hicks beträgt also 80 Prozent und nach Abziehen derjenigen Fälle, wo die Kinder nicht sicher lebensfähig waren, d. h. deren Gewicht unter 2500 gr betrug, erhalten wir eine Mortalität von 42,5 Prozent.

Mortalität der Mütter

Aus unseren Berichten folgt, daß im ganzen fünf Frauen gestorben sind = 12,5 Prozent. Aber bei der Berechnung der mütterlichen Mortalität kann ich die Fälle 12 und 37 nicht in Betracht nehmen, da wir in den Krankengeschichten lesen, daß die Frauen vollständig verblutet eingeliefert wurden, und nicht die kombinierte Wendung zum Exitus führte, sondern der kolossale Blutverlust. Die üblichen Mittel wie Kochsalzinfusion usw. haben in diesen Fällen versagt und die Frauen konnten nicht mehr gerettet werden.

Auch der Fall 22 kann der Methode nach Braxton-Hicks nicht zur Last fallen, da die Frau schon urämisch in die Klinik gebracht wurde und nach 3 Stunden in einem urämischen Koma gestorben ist.

Es bleiben somit zwei Fälle: 11 und 18, bei denen die Behandlung nach Braxton-Hicks die Frauen nicht mehr retten konnte. Die reduzierte Mortalität für die Mütter beträgt also 5,1 Prozent.

bett. Was das Befinden im Wochenbett anbetrifft, so haben nur 2,6 Prozent der Mütter (nach den Journalen der Frauenklinik) Fieber über 38° gehabt. Aber wie wir es aus den Krankengeschichten sehen, können wir kaum den Schluß ziehen, daß das Fieber auf Kosten der Behandlung zurückzuführen ist und daß das Fieber nur als Begleiterscheinungen der eingetretenen Komplikationen betrachten werden kann.

Bei der kombinierten Wendung mit anschließender Extraktion erhalten wir eine Mortalität der Kinder = 60 Prozent und für die Mütter = 6,7 Prozent.

Zwar ist die kindliche Mortalität bei dieser Behandlungsmethode geringer, doch ist die mütterliche Mortalität höher. Beim Vergleich mit anderen Autoren sehen wir, daß die Mortalität der Mütter bei der kombinierten Wendung mit anschließender Extraktion noch höher ist, als in der Münchener Frauenklinik und daß wir aus diesem Grunde doch nur kombinierte Wendung ohne die anschließende Extraktion ausführen sollen.

Wenn man in der Privatpraxis zu einer Frau mit Placenta praevia gerufen wird, so müssen wir nur die Rettung der Mutter ins Auge fassen und den Mut haben, das Kind ruhig absterben zu lassen.

Fälle und Resultate der Behandlung der Placenta praevia nach der Methode von Braxton-Hicks

aus der Literatur gesammelt.

Vor Einführung der kombinierten Wendung sind die Resultate für die Mütter folgende gewesen:

Spiegelberg und Müller schätzen die allgemeine Mortalität der Mütter auf 30 Prozent, Fritsch auf 40 Prozent. Andere Autoren haben etwas bessere Resultate: Schwarz in Kurhessen 25 Prozent Todesfälle, Braun 24 Prozent, Hecker 16,7 Prozent.

Für die Kinder stellen sich die Verhältnisse folgendermaßen: Schwarz 75 Prozent, Barnes 64 Prozent, Müller 65 Pro-

zent, Hecker 67 Prozent, Fritsch 60 Prozent, Spiegelberg 50 Prozent, Braun 50 Prozent.

Ich lasse zuerst Angaben aus der Literatur folgen, wo der kombinierten Wendung nach Braxton-Hicks die Extraktion angeschlossen wurde.

Hofmeier berichtet über 37 Fälle, die durch kombinierte Wendung und Extraktion behandelt wurden. Er verlor nur eine Mutter, die vorher 24 Stunden lang tamponiert war, und schon infiziert eingeliefert wurde. Sie starb am 17. Wochenbettstage. Aeußerst günstig war bei ihm der Erfolg für die lebensfähigen Kinder, denen nur drei von ihnen starben. Außerdem wurden noch 17 Kinder, die schon vorher abgestorben waren und drei unreife Früchte extrahiert.

Boß berichtet aus der Breslauer Klinik über 115 Fälle, von den Müttern starben acht, die sämtlich stark ausgeblutet waren. Bei zwei trat die Verblutung infolge eines Cervixrisses ein. In 109 Fällen wurde durchschnittlich nach 2 Stunden langsam extrahiert, in 6 Fällen verlief die Geburt spontan. Von den lebensfähigen Kindern starben 62, eine für diese Methode außerordentlich hohe Zahl, die sich nur dadurch erklären läßt, daß nach der Wendung doch noch 2 Stunden gewartet wurde.

Obermann schreibt im Archiv für Gyn. über 48 Fälle, wo eine Mutter, sowie 13 lebensfähige und 17 nicht lebensfähige Kinder ad exitum kamen.

Beckmann berichtet aus der Leipziger Klinik über 14 Fälle. Die Mortalität der Mütter beträgt bei seiner Statistik 2, obgleich in allen Fällen mit der Extraktion gewartet wurde, bis der Muttermund vollständig eröffnet war. Von den Kindern starben fünf, außerdem noch fünf weitere, die nicht lebensfähig oder schon abgestorben waren.

Fleischmann berichtet über 11 Fälle aus Kiel. Die Mütter blieben sämtlich am Leben; lebensfähige Kinder starben fünf, außerdem kamen noch 4 Frühgeburten vor.

Rosahl teilt 14 Fälle mit. Auch hier blieben sämtliche Mütter am Leben, obschon zweimal Cervixrisse beobachtet wurden. Von den lebensfähigen Kindern starben vier. Außerdem wurden vier unreife und ein macceriertes Kind extrahiert.

Pöhlmann beschreibt 5 Fälle. Von 9 Müttern starb keine, von lebensfähigen Kindern eines. Drei Kinder waren schon ante partum abgestorben, eines von diesen drei wurde perforiert. Einmal kamen Zwillinge vor, von denen der eine schon vor der Geburt abgestorben war.

Cloß berichtet aus Tübingen über 3 Fälle, die ohne Todesfall der Mütter verliefen, nur ein lebensfähiges Kind starb infolge der Behandlung.

Panienski hat ein ungünstiges Resultat zu verzeichnen, der aus der Berliner Klinik über 3 Fälle berichtet, bei denen sowohl die 3 Mütter, wie auch die 3 lebensfähigen Kinder ad exitum kamen. Zwei von den Müttern starben an Anämie, einmal im Anschluß an einen Cervixriß. Die dritte Mutter starb an Sepsis.

Loviot erwähnt einen Fall, bei dem die Mutter infolge der schweren Anämie starb.

Hofmeister schreibt in einer Dissertation über 27 Fälle der Straßburger Klinik. Von den Müttern starben zwei und zwar beide an Verblutung infolge Atonie des Uterus. Von lebensfähigen Kindern starben fünf.

Hammerschlag hat eine Anfrage bei den Aerzten der Provinz Ostpreußens vorgenommen. Es wurden von diesen Herren in der Praxis nach der Methode von Braxton-Hicks behandelt: 843 Fälle von Placenta praevia mit 73 Todesfällen der Mütter = 8,7 Prozent. Die Resultate für 710 Kinder waren:

lebend	345	= 48,6 %
tot	365	= 51,4 %

Braxton-Hicks berichtet über die Resultate seiner Operationen bei Placenta praevia. Unter 10 Fällen wurden 8 Mütter gerettet = 80 Prozent, es starben 20 Prozent. Von den 10 Kindern waren 6 tot = 60 Prozent.

Leopold berichtet über kindliche Mortalität von 82 Prozent, die der Mütter 21,4 Prozent.

Bué berichtet aus der Goulard'schen Klinik 7 Fälle, wo die Mortalität der Mütter 0 Prozent betrug, die Mortalität der Kinder 29 Prozent.

Beckering bespricht in seiner Dissertation 22 Fälle, die in der Münchener Klinik zur Behandlung kamen. In diesen Fällen betrug die Mortalität der Mütter drei, wovon jedoch eine Mutter nicht in Anrechnung gebracht werden darf, da sie schon sterbend eingeliefert wurde und sicher auch ohne operativen Eingriff gestorben wäre. Die Mortalität der lebensfähigen Kinder beträgt 11, außerdem kamen noch 7 Frühgeburten vor.

Meulemann hat 19 Fälle beschrieben mit einem Todesfall der Mutter und 14 toten Kindern; 3 macerierte Kinder sind dabei nicht eingerechnet.

Neitzsch berichtet über 18 Fälle, die sämtlich ohne mütterlichen Todesfall verliefen, dagegen starben 6 Kinder an der Behandlung; vier wurden unreif geboren. Zu bemerken ist, daß in 7 Fällen die Extraktion sofort angeschlossen wurde, da die Vorbedingungen hierzu erfüllt waren; dies ist umso mehr beachtenswert, als trotzdem die Mortalität der Mütter durch die Extraktion in diesen Fällen nicht verschlechtert wurde.

Ligterink erwähnt 13 Fälle, bei denen keine von den Müttern und von den Kindern nur vier starben, abgesehen von vier frühgeborenen Kindern.

Platzeo hat 8 Fälle beobachtet, ohne Verlust einer Mutter; von den Kindern starben fünf, außerdem wurden zwei macerierte Früchte geboren.

Döderlein berichtete in der Med. Ges. zu Leipzig am 10. Nov. 1891 über 67 Fälle, bei denen er 7 Todesfälle der Mütter zu verzeichnen hatte. Bei sechs von diesen war atonische Blutung post partum die Todesursache. Die Mortalität der Kinder betrug 35.

A. Donald beschreibt 15 Fälle mit einer Mortalität der Kinder von sieben, während die Mütter sämtlich am Leben blieben. Gutmann erwähnt in seiner Dissertation 4 Fälle, bei denen eine Mutter und ein Kind ad exitum kamen. Zwei Frühgeburten kommen nicht in Betracht.

Beckmann berichtet in seiner Dissertation über 93 Fälle, die an der Leipziger Klinik zur Beobachtung kamen. Die mütterliche Mortalität betrug fünf, von denen jedoch ein Fall nicht der Methode zur Last fällt, da die Mutter schon infiziert in die Anstalt eingeliefert wurde. 35 Todesfälle der Kinder intra partum sind zu verzeichnen, während 29 weitere teils nicht lebensfähig, teils schon vor der Geburt abgestorben waren.

Straßmann stehen 104 Fälle zur Verfügung, mit einer Mortalität der Mütter von 9 Prozent, während die der Kinder 84 Prozent beträgt.

Fleischmann kann bessere Resultate aus der Kieler Klinik berichten. Von 36 Frauen starben zwei, davon die eine an Sepsis, die andere an Verblutung. Von den Kindern starben 14, abgesehen von 14 nicht lebensfähigen Kindern.

Rosahl kann aus der Halle'schen Klinik noch bessere Resultate aufweisen. In 38 Fällen starb nur eine Mutter und zwar an Atonia uteri. Zu erwähnen ist jedoch, daß bei diesen 38 Fällen fünfmal Cervixrisse und einmal Dammriß vorkam. Von den Kindern starben 15 intra partum, außerdem kamen noch 12 Frühgeburten vor.

Treub hat etwas schlechtere Resultate verzeichnet. Er hat unter 31 Fällen 6 Todesfälle der Mütter und 13 der Kinder zu beklagen. Außerdem waren 8 Kinder schon vor der Geburt abgestorben.

Pöhlmann berichtet über 23 Fälle aus Würzburg, die Sterblichkeitsziffer der Mütter beträgt bei ihm vier, dabei ist eine, die 2 Tage nach der Geburt an Nephritis starb, nicht mitgerechnet. Von diesen 4 Müttern starb je eine an Sepsis und Luftembolie, zwei während der Geburt, zwei an akuter Anämie. Von den Kindern starben 9 intra partum, während 11 teils schon vorher abgestorben oder noch nicht lebensfähig waren.

Panienski hat unter 13 Fällen 3 Todesfälle der Mütter mitgeteilt, von denen eine an Atonie des Uterus, eine andere an Anämie zu Grunde ging. Das Resultat für die Kinder ist günstiger, von 13 starben nur vier intra partum, drei andere fallen der Methode nicht zur Last.

Cloß berichtet über 22 Fälle aus der Tübinger Klinik. Hier beträgt die Mortalität der Mütter 2 Prozent, die der Kinder 70 Prozent. Nicht in Rechnung gezogen sind 11 Kinder, die der Methode nicht zur Last fallen.

Hofmeister berichtet aus der Straßburger Klinik über 18 Fälle, die für die Mütter ohne Todesfall verliefen, dagegen sind zehn lebensfähige und fünf nicht lebensfähige Kinder ad exitum gekommen.

Eine größere Statistik über die Resultate der kombinierten Wendung bei Placenta praevia hat von Winckel in Winckels Handbuch zusammengestellt. Er hat 708 Fälle und darunter 35 Todesfälle der Mütter. Ueber die kindliche Mortalität geben nur 307 von diesen 708 Fällen näheren Aufschluß; in den übrigen 401 Fällen sind über die Resultate für die Kinder keine Angaben gemacht. Unter den 307 genauer ausgeführten Fällen sind 185 Kinder gestorben = 60,2 Prozent.

Hammer verfügt über eine für die Mütter ungünstige Statistik. Bei 54 Fällen sind ihm 7 Mütter gestorben, außerdem 38 Kinder = 70 Prozent.

Sellheim wandte die kombinierte Wendung bei Placenta praevia nur wenig an. Er beschreibt nur 5 Fälle, die sämtlich glücklich für die Mütter verliefen. Von den Kindern starben vier.

Hammerschlag berichtet von 191 Fällen, die an der Königsberger Klinik zur Behandlung kamen. Von den Müttern starben 12, darunter fünf an Cervixrissen. Eine von diesen Müttern starb an Pneumonie, kann also für die Statistik nicht in Rechnung gezogen werden. Von den Kindern starben 84 Prozent.

Busch berichtet, daß in der Gießener Frauenklinik in den 56 Fällen von Placenta praevia aus den Jahren 1892—1901 die Geburt 15 mal = 26,79 Prozent durch die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks beendigt wurde. Es starben 2 Mütter, was einer Mortalität von 13,33 Prozent entspricht. Die Mortalität der Kinder betrug 10 = 66,66 Prozent.

Ribins berichtet über 35 Fälle, aus der Amsterdamer Gebäranstalt, die 9,5 Prozent Mortalität für die Mütter und 70,3 Prozent für die Kinder aufweisen. Außerdem fünf poliklinische Fälle, bei denen eine Mutter und ein Kind starben.

Obermann in der Credé'schen Anstalt hatte 2,1 Prozent Mortalität der Mütter und 42 Prozent Mortalität der Kinder. Die Kinder wurden spontan geboren.

Runge hatte in einem Fall nach Durchbohrung der Placenta trotz Anziehen des Schenkels die Blutung nicht stillen können und den Tod der Frau zu verzeichnen.

Lisse berichtet über einen Todesfall durch Kollaps und Luftembolie.

Neuner beschreibt 57 Fälle aus der Berliner Charité. Von den Müttern sind alle am Leben geblieben, die Mortalität der Kinder betrug 60 Prozent.

Stratz hatte unter 52 Fällen nur einen Todesfall der Muttur und 16 lebende Kinder; d. i. eine Mortalität der Mütter von 2 Prozent und eine solche der Kinder von 71 Prozent.

Hantel giebt in einer Dissertation eine Statistik, in welcher bei 124 Geburten die kombinierte Wendung gemacht wurde, es waren 32 Kinder am Leben. Die Mortalität der Mütter beträgt 8,1 Prozent, die der Kinder 78 Prozent.

Pipo berichtet aus der Frauenklinik zu Göttingen über 33 Fälle, wo kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt wurde und hat folgende Resultate zu verzeichnen: Unter 33 Kindern sind nur fünf am Leben geblieben. Die Mortalität der 28 Kinder beträgt also 87,88 Prozent. Zwar ist die Mortalitätsziffer hoch, es ließ sich aber nicht feststellen, ob die Kinder intra partum oder schon vorher gestorben sind. Die Zahl der verstorbenen Mütter ist 3 = 9,09 Prozent. Ich möchte aber die Mortalität der Mütter in sehr hohen Prozentsatz nicht auf die Behandlung zurückführen, da wir in den Krankengeschichten lesen, daß eine Mutter an Sepsis gestorben ist; bei der anderen Frau ergab die Sektion: eine alte pleuritische Schwarte, subendocardiale Verfettung des Herzens, Anämie sämtlicher Organe. Eine Frau ist an akuter Anämie gestorben. Wir können also den Schluß ziehen, daß nur in diesem Falle vielleicht der Eingriff zu beschuldigen ist, aber dann ist die mütterliche Mortalität = 3,03 Prozent.

Winter berichtet über 100 Fälle von Placenta praevia, die nach Braxton-Hicks behandelt waren. Es sind dabei 10 Frauen gestorben. Davon sind aber fünf bestimmt nicht mit der Methode in Verbindung zu bringen, denn ein Todesfall erfolgte an einer Pneumonie, im Verlauf deren die Placenta praevia in die Erscheinung trat. Ein anderer an Uterusruptur vor Ausführung der Wendung. Drei Frauen starben an Verblutung, weil die kombinierte Wendung nicht früh genug ausgeführt werden

konnte. Auch drei weitere Fälle, welche an Infektion zu Grunde gingen, kann man nicht zur Last der Methode legen, weil die Frauen wiederholt außerhalb der Klinik tamponiert wurden. Es bleiben also 2 Fälle, die im Zusammenhang mit der Methode zu Grunde gegangen sind.

Was die Mortalität der Kinder anbetrifft, so ist sie = 87 Prozent.

Fießler berichtet über eine mütterliche Mortalität = 9,64 Prozent und eine kindliche = 81 Prozent, bzw. von 62 Prozent nach Abzug der frühreifen Kinder.

Hannes schreibt, daß unter anderen Methoden die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks dreimal in der Klinik ausgeführt wurde, wobei die Kinder schon vor der Wendung abgestorben waren. In der Poliklinik hat diese Methode in 23 Fällen stattgefunden. Achtmal waren die Kinder noch nicht lebensfähig. Von den 15 lebensfähigen Kindern waren vier bei Beginn der Behandlung schon tot oder schwer geschädigt. Somit verbleiben 11 Fälle, bei welchen in 9 Fällen die Kinder tot zur Welt kamen; das gibt eine kindliche Mortalität von 82 Prozent. Es ist nur eine Frau (poliklinischer Fall) bei diesem Vorgehen verloren gegangen = 4,34 Prozent.

Gussow unternahm eine Revision des Materials der Moskauer Gebäranstalt in den Jahren 1884–1909. In 53 Prozent der Fälle wurde die Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt. Es sind folgende Resultate zu verzeichnen:

mütterliche Mortalität = 11,6 %
kinliche „ = 52,0 „

Nummer des Literatur-verzeichn.	Autor	Zahl der Fälle	Mortal. der Mütter	Mortal. der Kinder
	Leopold[1])		21,4 %	82 %
22	Krönig		20 „	80 „
4	Braxton-Hicks	10	20 „	60 „
	Charité-Klinik[2])		14 „	57,8 „
12	Füth	726	20 „	48 „
	Hammer	54	12,9	70 „
	Gussow	53% d. Fälle d. Pl. pr.	11,6 „	52 „
	Geuer		10 „	66,6 „
12	Rosthorn	32	10 „	58,6 „
	Maison	32	9,6 „	83,8 „
14	Fießler	83	9,6 „	81 „
	Chrobac		9 „	52,4 „
	Ribbins (Amsterdam)	35	9,5 „	70,3 „
	Treub	31	9 „	52,4 „
22	Straßmann	104	9 „	84 „
48	Olshausen	227	7,4 „	74,1 „
	Döderlein	67	8,9 „	52 „
42	Eßen-Möller (Lund)		6,67„	66,7 „
22	Hammerschlag	191	6,3 „	84 „
	Bumm (Klinik)	19	5,5 „	84,2 „
	Mais		5 „	65 „
22	v. Winkel	708	4,9 „	60,2 „
34	Obermann	48	4 „	62,5 „
	Zweifel	93	4,3 „	68,8 „
22	Stratz	52	2 „	71 „
22	Hofmeier	37	2,7 „	63 „
	Ahlfeld		2,6 „	52,6 „
34	Credé	49	2,1 „	49 „
22	Nordmann (Dresden)		2 „	77,5 „
48	Sigwart	71	1,4 „	60 „
22	Hauch (Kopenhagen)		0,0 „	89 „
	Bumm (Poliklinik)	24	0,0 „	87,5 „
22	Behm		0,0 „	83 „
	Platzer	8	0,0 „	62,5 „
	Bue (Goulardsche Klinik)	7	0,0 „	29 „
			4,02 %	66,84%

Bemerkung [1]): Es ließ sich nicht bei allen Autoren die Zahl der behandelten Fälle feststellen.

Bemerkung [2]): Angaben der Autoren, die im Literaturverzeichnis nicht erwähnt sind, sind aus verschiedenen Dissertationen entnommen.

In der beigebrachten Tabelle befinden sich Resultate im Prozentsatz ausgedrückt, die in der vorliegenden Arbeit schon erwähnt sind und außerdem Resulte noch anderer Autoren.

Aus dieser Tabelle sehen wir, daß viele Autoren, die eine geringe mütterliche Mortalität erzielt haben, eine hohe Mortalität für die Kinder zu verzeichnen haben, und umgekehrt, bei einer hohen mütterlichen Mortalität ist eine geringe Mortalität für die Kinder erzielt worden. Bei einigen Autoren aber müssen wir eine hohe mütterliche und hohe kindliche Mortalität wahrnehmen. Es läßt sich aber nicht feststellen, ob es sich nur um lebensfähige Kinder handelt, oder ob sämtliche Kinder mitgerechnet sind.

Im allgemeinen gilt der Satz: „Bei der Braxton-Hicks-Methode besteht eine umgekehrte Beziehung zwischen kindlicher und mütterlicher Mortalität; je kleiner die kindliche Mortalität ist, umso größer ist die Mortalität der Mutter und bei größerer kindlichen Mortalität sehen wir geringere Mortalität der Mutter." (Baisch.)

In der kombinierten Wendung nach Braxton-Hicks hat man ein Mittel gefunden, wenigstens für die Mutter, die Gefahren der Placenta praevia in hohem Grade herabzumindern. Die Erfahrungen lehren uns, daß in der Praxis außerhalb der Klinik die Behandlungsmethode nach Braxton-Hicks am Platz ist, wenn die Mutter mit ca. 4 Prozent Wahrscheinlichkeit, das Kind mit ca. 66 Prozent bei diesem Vorgehen zu Grunde gehen. Wir dürfen aber nicht vergessen, daß viele dieser Kinder unreif zur Welt kommen, da die Placenta praevia schon vor Ende der Schwangerschaft die alarmierenden Blutungen macht.

An dieser Stelle erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Döderlein für die gütige Ueberlassung des Themas und Herrn Prof. Dr. Baisch für die liebenswürdige Unterstützung bei der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Auvard. Placenta praevia. Arch. d. Tocol. Paris, Vol. XXII, p. 653.
2. Baum. Zur Behandlung der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 39.
3. Brindeau. Placenta praevia und Tamponade. Thèse de Paris.
4. Braxton-Hicks. The treatment of Placenta praevia. Brit. med. Assoc. Leeds. August 1889.
5. Baisch. Therapie der Placenta praevia und Eklampsie. Münchner Med. Wochenschr. Nr. 3, p. 118.
6. Bardeleben. Zentr. für Gyn. XXIX.
7. Baudeloque. L'Art des accouchements. Paris 1781. I.
8. Courant. Wie sind bei Placenta praevia die Erfolge für Mutter und Kind am zweckmäßigsten zu bessern? Berl. Klin. Wochenschr. 52, p. 2357.
9. Champetier de Ribes. Annal. de Gyn. 1888.
10. Cohnstein. Berl. Klin. Wochenschr.
11. Döderlein. Placenta praevia und Behandlung durch Hysterotomia vag. ant. Arch. f. Gyn. Bd. 92 p. 91.
12. Döderlein und Krönig. Operative Gynäkologie.
13. Depaul. Leç. de clinique obstétricale. Paris, 1872.
14. Fießler. Zur Behandlung der Placenta praevia. Münchn Med. Wochensch. Nr. 4, p. 164.
15. Fränkel. Wie sind bei Placenta praevia die Erfolge zu bessern. Berlin. Klin. Wochenschr. 57, 1908.
16. Fuchs. Zur Behandlung der Placenta praevia. Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gyn., Bd. 25.
17. Faßbender. Wendung nach Braxton-Hicks. Berliner Beitrag zur Geburtshilfe. 1872.
18. Fournier. Obstétrique. 1898, Nr. 5.
19. Fritsch. Klinik d. Geburtshilfl. Operationen. 1880.
20. Goussow. Die Behandlung der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
21. Hofmeier M. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 11, H. 3. — Zur Behandlung der Placentia praevia. Münchn. Med. Wochenschr. 26.
22. Hauch. Ueber die Behandlung der Placenta praevia. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 31, p. 555.
23. Hammerschlag. Ueber die Behandlung der Placenta praevia. Verh. d. deutschen Ges. f. Gyn. Bd. 13, p. 510.
24. Hannes. Die Behandlung der Placenta praevia. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Nr. 3, p. 684. — Was leistet die moderne Therapie bei Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 3, p. 73.
25. Herff. Ueber die Behandlung der Placenta praevia. Hegar's Beiträge f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 13, p. 477.
26. Hofbauer. Zur Behandlung der Placenta praevia. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 25.
27. Henkel. Die Therapie der Placenta praevia. Archiv f. Gyn. Bd. 86, p. 688.
28. Keilmann. Die Entwicklungsbedingungen der Placenta praevia. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 33, H. 1.
29. Krönig. Zur Behandlung der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. — Zur Klinik der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15, p. 505.
30. Kilian. Operative Geburtshilfe.
31. Loviot. Frommel's Jahresberichte 1889.

32. Müller L. Placenta praevia, ihre Entwicklung und Behandlung. Stuttgart 1877.
33. Nordmann. Zur Statistik und Therapie der Placenta praevia. Arch. f. Gyn. XXXII, H. 1.
34. Obermann. Ein Beitrag zur Therapie der Placenta praevia. Arch. f. Gyn. XXXII, H. 1.
35. Orlow. Zur Diskussion über die Behandlung der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13, p. 439.
36. Pankow. Ueber die Placenta praevia. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 64, p. 225.
37. Pfannenstiel. Zur Behandlung der Placenta praevia. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 29, p. 265.
38. Rueder. Zwölf Fälle von Placenta praevia. Münchn. Med. Wochenschr.
39. Runge. Zur Behandlung der Placenta praevia. Berl. Klin. Wochenschr. 52. 1909.
40. Richter. Zur Therapie und Prognose der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22, p. 759.
41. Stratz. Ueber Placenta praevia. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XVI, H. 2.
42. Sigwart. Zur Behandlung der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. H. 28. 1910.
43. Simpson. Obsteric. memoir.
44. Spiegelberg. Lehrbuch der Geburtshilfe. 1882.
45. Treub. Die Therapie bei Placenta praevia. Frommel's Jahresbericht. 1898.
46. Tarnier. Gaz. des hóp. 1862, Nr. 135.
47. Weber F. R. Kasuistischer Beitrag zur Placenta praevia auf Grund von 53 Beobachtungen in der Münchner Frauenklinik.
48. Weischer. Erfolge der Behandlung der Placenta praevia bei der kombinierten Wendung und bei der Metreuryse. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 67.
49. Wyder. Archiv f. Gynäkologie.
50. v. Winckel. Handbuch Bd. 2.
51. Zweifel. Ueber Gefahren und Behandlung der Placenta praevia. Münchn. Med. Wochenschr. Nr. 48.
52. Zeitfuchs. Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. XIII, § 73.

Lebenslauf.

Der Verfasser dieser Arbeit ist am 24. Mai 1888 zu Nicolajeff, Gouverment Cherson in Rußland geboren. Die Mittelschule besuchte er in Nicolajeff, wo er im Sommer 1907 das Maturitäts-Zeugnis erwarb. Seine Studienzeit verbrachte er in Zürich und in München.